

ANMELDUNG ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG / REHABILITATION IN DER CLINIC BAD RAGAZ

Vom behandelnden Arzt
auszufüllen.

Name _____ Telefon _____
Vorname _____ E-Mail _____
Strasse _____ Geburtsdatum _____
PLZ / Ort _____ Nationalität _____
Land _____ Geschlecht _____

FRAGEN AN ZUWEISENDE/N ARZT / ÄRZTIN / SPITAL

Für den oben genannten Patienten besteht ein stationärer Rehabilitationsbedarf aus folgenden Gründen.

1. Zuweisungsgrund

Krankheit Unfall

a) Diagnose / etwaige Nebendiagnose
Bitte medizinische Berichte Beilegen.

Funktionsdefizit

Bitte medizinische Berichte
beilegen. Danke.

_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

b) Operations- / Unfalldatum _____

c) Begleiterkrankungen

2. Voraussichtlicher Behandlungsbeginn _____

3. Gewünschte Aufenthaltsdauer _____

4. Aufenthalt vor Rehabeginn

Spital zu Hause

5. Medikamente

Nein Ja Wenn ja, bitte Medikamentenliste mitschicken.

Bitte Dokumente (Medikationsliste, Arztberichte, ...) ergänzend mitschicken. Danke.

ZUWEISENDE/R ARZT / ÄRZTIN / SPITAL

Name _____

Adresse _____

Telefon _____ Ort / Datum _____

Stempel

ERHEBUNG DES PATIENTENZUSTANDES

Name / Vorname _____

Grösse _____

Geburtsdatum _____

Gewicht _____

Mobilisation

- bettlägrig bzw. Bettruhe
- braucht Hilfe beim Aufsitzen/Gehen
- selbständig mit Hilfe
- mit Rollator mit AUG mit Rollstuhl
- Transfer:
- selbstständig mit 1 Person mit 2 Personen

Körperpflege

- Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson
- Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)
- Körperpflege mit geringer Unterstützung
- Körperpflege selbstständig möglich
- braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

Ausscheidung / Toilette

- Urinableitung / Katheter
- Stuhlableitung / Stoma
- Welches Material?
- Kolostoma Nephrostoma Ileostoma
- Urin oder Stuhlinkontinenz
- Ausscheidung mit Hilfe Topf / Urinflasche
- Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson
- WC-Benützung allein möglich

Orientierung

- stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung (hohe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht viel Überwachung (geringe Weglauftendenz)
- desorientiert, braucht Supervision (ohne Weglauftendenz)
- leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung
- zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

Soziale Interaktion

- unkooperativ / distanzlos / zurückgezogen
- sehr häufig öfters zeitweise selten
- normale soziale Interaktion

Ernährung

- Sonde / Parenterale Ernährung
- Welche Ernährung?
- transnasale Sonde PEG Sonde
- einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr
- isst teilweise allein / braucht immer Hilfe
- isst völlig selbstständig

Verständigung

- keine Verständigung möglich
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt
- teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt
- genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt
- sozialer Kontakt unbeeinträchtigt

Psyche

- Aggressivität, Euphorie, Depression, Apathie, Unruhe
- stark mittelschwer leicht
- Stimmungslabilität
- adäquates Verhalten und Psyche

Besonderes

- Infusion / PIC / ZVK / Port Wunde / Dekubitus
- Tracheostoma Dialyse / Peritonealdialyse
- Sauerstoff
- Spezielle Medikamente _____

Bitte legen Sie eine Kopie der aktuellsten Medikamentenliste bei. Danke.

Bemerkungen

Ort / Datum _____

Unterschrift / Stempel _____