

Anmeldung für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung

T +41 55 418 52 30 | sekretariat.medizin@einsiedeln.ameos.ch

Patient/Patientin

Name _____ Geburtsdatum _____
 Vorname _____ Telefon privat _____
 Strasse/Nummer _____ Mobile _____
 PLZ/Wohnort _____ Krankenkasse _____

Pflegegrad

Pflegegrad	_____	Patient versorgt durch	Familie (Name) _____	Hilfsmittel	_____
Beantragt		Alleinlebend	_____		_____
Keine		Pflegedienst	_____		_____
Nicht bekannt		Pflegeheim/KZP	_____		_____

Hauptdiagnose/Akuterkrankung am _____

Weitere Diagnosen/geriatrische Syndrome _____

Ziele für geriatrische Weiterbehandlung _____

Geriatrisches Screening

	nein	ja		nein	ja	Kommentar
1. Alter über 65 Jahre			4. Probleme bei der Mobilität (kann der Patient aufstehen)?			_____
2. Multimorbidität			5. Störung des Kurzzeitgedächtnisses?			_____
3. Häuslichkeit, Heimbewohner bis Pflegegrad 2 (nach telefonischer Absprache ggf. auch Pflegegrad 3)			6. Probleme beim Anziehen, Treppensteigen oder Einkaufen			_____
Diese 3 Fragen müssen mit ja beantwortet sein!			7. Infektionskrankheiten			_____
			8. Dekubitus/Wundversorgung			_____
			9. Isolationsmassnahmen notwendig			_____

Status des Patienten

Bewusstseinslage	Klar	Orientiert	Desorientiert
	Somnolent	Motiviert	Kooperativ
Rehapotential vorhanden	Gut	Mittel	Fraglich
Therapie kognitiv umsetzbar	Gut	Eingeschränkt	Nicht möglich
Belastung	Voll	Nicht möglich	
	Teilbelastung bis _____ kg für _____ Wochen		

Wir bitten um Mitgabe aller Vorbefunde und Röntgenaufnahmen!