

Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien

Abteilung für Neurologie, Neurologische Rehabilitation und Akutgeriatrie

Vorstand: Prim. Univ. Doz. Julia Ferrari

Tel.: +43 1 21121 3240

Leitung Akutgeriatrie: OA Dr. Paolo Gallmetzer

Tel. +43 1 21121 5197

STL DGKP MARIA JOB-WALTNER BScN, MScN

Tel. +43 1 21121 5350

Johannes von Gott Platz 1, 1020 Wien

E-Mail: station.akutgeriatrie@bbwien.at**Anmeldung an der Akutgeriatrie und Remobilisation – Krankenhaus Barmherzige Brüder Wien**

Sonderklasse: <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett	<input type="checkbox"/> Allgemeine Klasse	
--	--	--

Anmeldung durch:

Zuweisendes Spital, Abteilung bzw. niedergelassene*r Ärztin/Arzt	
Kontakt Medizin	Telefon + DW
Kontakt <input type="checkbox"/> Pflege <input type="checkbox"/> Entlassungsmanagement	Telefon + DW

Daten der Patientin / des Patienten – Pat.-Etikette

Nachname		Vorname		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Straße, Nr.		PLZ / Ort		
Geb. Dat.		Vers. Nr.		
Tel.-Nr.		Versicherung		

Bezugs- / Kontaktperson

Nachname		Vorname		<input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w <input type="checkbox"/> d
Tel.-Nr.			E-mail	

Informationen zur Aufnahme

Aufnahmegrund (stattgefundene OP)		OP-Datum	
Übernahme möglich ab		<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung
Geplante Kontrollen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, am:	Art: <input type="checkbox"/> orthopädisch	<input type="checkbox"/> Gipskontrolle <input type="checkbox"/> Röntgen <input type="checkbox"/> onkologisch
sonstige Kontrollen:		<input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig	<input type="checkbox"/> Heimsauerstoff vorhanden
Aktuelle Infektionen	<input type="checkbox"/> Isolierpflicht <input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> MRGN	<input type="checkbox"/> andere:

Remobilisationsziel:	
Diagnosen:	

Situation vor der Aufnahme

Betreuung	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> 24h Pflege	Mobilität - Gehstrecke	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel, <input type="checkbox"/> frei, Meter(m):
	<input type="checkbox"/> Familie/Bekannte	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen		<input type="checkbox"/> mit Unterstützung m:
	<input type="checkbox"/> Heimhilfe (Frequenz)	<input type="checkbox"/> Pflegeheim		<input type="checkbox"/> mit Rollator m:
	<input type="checkbox"/> HKP (Frequenz)	<input type="checkbox"/> Bettenstation		<input type="checkbox"/> mit Krücken m:

Derzeitige Situation

Pflege	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe	<input type="checkbox"/> komplette Übernahme
Haut	<input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Ulcus <input type="checkbox"/> Wunde	Größe:	Lokalisation:
sonstiges	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> Cystofix <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe	<input type="checkbox"/> anderes

Neurologische Problematik	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Dysphagie <input type="checkbox"/> Dysarthrie <input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> sonst.				
Demenz vorhanden	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, MMSE:	Orientation	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise	<input type="checkbox"/> Delir	<input type="checkbox"/> sonst.
Sachwalterschaft	<input type="checkbox"/> nicht erforderlich	<input type="checkbox"/> ja, eingereicht	<input type="checkbox"/> ja, Sachwalter:		
Mobilität - Gehstrecke	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel, <input type="checkbox"/> frei	Meter(m):	Motivation	<input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> motivierbar <input type="checkbox"/> vermindert	Sehen <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt
	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	m:		<input type="checkbox"/> Sturzgefahr	Hören <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt
	<input type="checkbox"/> mit Rollator	m:			
	<input type="checkbox"/> mit Krücken	m:			
Geplante Entlassung	<input type="checkbox"/> nach Hause, ohne soz. Dienste <input type="checkbox"/> nach Hause mit soz. Diensten, Außmaß:				
Pflegeheim beantragt	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, eingereicht am:		<input type="checkbox"/> ja, Übernahme am/Ort:		
Reha/Kurzzeit-pflege	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, eingereicht am:		<input type="checkbox"/> ja, Übernahme am/Ort:		
Pflegegeld	<input type="checkbox"/> Pflegegeld vorhanden	PG-Stufe:	<input type="checkbox"/> Erhöhung beantragt	<input type="checkbox"/> Pflegegeld eingereicht	

Barthel-Index (modifiziert nach F.I. Mahoney & D.W. Barthel)

Kategorie	Fähigkeitsbeschreibung	Punkte
Essen und Trinken	Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht Hilfe z.B. beim Schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Unselbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Baden	Badet oder duscht ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> 5
	Badet oder duscht mit Hilfe	<input type="checkbox"/> 0
Körperpflege	Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert sich, Zahnpflege	<input type="checkbox"/> 5
	Braucht Hilfe	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig inkl. Schuhe anziehen	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigte Hilfe, kleidet sich teilweise selbst an/aus	<input type="checkbox"/> 5
	Unselbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	Kontinent/selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
	Teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Harnkontrolle	Kontinent/selbstständig möglich	<input type="checkbox"/> 10
	Teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig/selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht Hilfe z.B. Toilettenspapier reichen, an- und ausziehen, transfer	<input type="checkbox"/> 5
	Kann nicht zur Toilette/auf den Leibstuhl	<input type="checkbox"/> 0
Transfer Bett↔Rollstuhl	Unabhängig (auch für Rollstuhlfahrer)	<input type="checkbox"/> 15
	Minimale Assistenz/Motivation zur Selbstständigkeit	<input type="checkbox"/> 10
	Kann sitzen, braucht jedoch für den Transfer Hilfe	<input type="checkbox"/> 5
	Unselbstständig/Bettlägerig	<input type="checkbox"/> 0
Bewegung	Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50m	<input type="checkbox"/> 15
	Gehen mit Unterstützung mind. 50m	<input type="checkbox"/> 10
	Rollstuhlfahrer: unabhängig mind. 50m	<input type="checkbox"/> 5
	Kann sich nicht fortbewegen/unselbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht Hilfe oder Assistenz/Motivation/Begleitung	<input type="checkbox"/> 5
	Kann nicht Treppensteigen/unselbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Gesamtpunktzahl:		gesamt

Faxen / senden Sie das Formular bitte an: **01-21121-2355** oder per Mail an **station.akutgeriatrie@bbwien.at**

Ort, Datum

Unterschrift der zuweisenden Ärztin/des zuweisenden Arztes

**BITTE um rechtzeitige telefonische Absagen bei zugesagtem Aufnahmetermin, falls der Platz mehr nicht benötigt wird.
BEI FEHLENDEM REHABILITATIONSPOTENTIAL IST DIE/DER PAT. VOM ZUWEISER ZURÜCK ZUNEHMEN.**