

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	Dauer/bis:	
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:	Orientierung	<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 <input type="checkbox"/> Sturzgefahr	Sehen	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> mit Unterstützung	m:		<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> blind
	<input type="checkbox"/> mit Rollator	m:		Hören	<input type="checkbox"/> normal
	<input type="checkbox"/> mit Krücken	m:		<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> taub
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. Toilettenpapier 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
Gesamtpunktezahl:		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.