

Daten Patient*in:

Familienname:		Vorname:	
Versicherungsnummer		Geburtsdatum:	
Sozialversicherungsträger:		Tel.:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:
Bezugsperson (Name):		Tel.:	

Zuweiser*in (Krankenhaus/Abteilung): _____ Station: _____ Tel.: _____

Kontaktperson: ärztlich DW: _____ Pflege DW: _____ EM DW: _____

Sonderklasse: 2-Bett **Allgemeine Klasse:** _____ **Übernahme:** ab sofort
 ab Datum:

Aufnahmegrund _____ Im Fall einer OP:
Begleiterkrankungen: _____ **Datum:** _____

Therapieziel: _____
 sauerstoffpflichtig aktuelle **Medikationsliste** bitte beilegen

Aktuelle Infektionen: Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken!

Clostridien MRGN MRSA keine bekannt
 andere Infektionen: _____ **isolierpflichtig** ja nein

Situation vor der Aufnahme:

Betreuung	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> 24h Pflege <input type="checkbox"/> Heimhilfe _____ (Intervall)	Mobilität	<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> mit _____ Person/en <input type="checkbox"/> mit Rollator <input type="checkbox"/> mit Krücken <input type="checkbox"/> Gehstrecke ca. _____ Meter <input type="checkbox"/> nicht geh fähig <input type="checkbox"/> bettlägerig seit: _____ <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
------------------	---	------------------	---

derzeitige Situation:

Anträge	<input type="checkbox"/> Reha <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege gestellt am: _____		
Mobilität	Gehstrecke: _____ m <input type="checkbox"/> mit _____ Personen <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Rollator, Krücken <input type="checkbox"/> sonstige <input type="checkbox"/> Bettruhe bis: _____	Belastung nach OP	<input type="checkbox"/> vollständig <input type="checkbox"/> teilweise bis _____ kg, <input type="checkbox"/> voll belasten ab Datum: _____
Motivation	<input type="checkbox"/> ausgeprägt <input type="checkbox"/> motivierbar	Sehen	<input type="checkbox"/> normal Hören <input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> eingeschränkt <input type="checkbox"/> blind <input type="checkbox"/> gehörlos
Demenz	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja MMSE Punkte: _____	Orientierung	<input type="checkbox"/> vollständig Delir <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise
Terminale Erkrankung, laufende Chemo- oder Strahlentherapie			<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Nach der Entlassung

Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach Aufenthalt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet das Team der Akutgeriatrie. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.
Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.

Formular bitte an: AGR-Anmeldung@khgh.at FAX: 01/ 20619 900110013 AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 40088 9140 (Mo-Fr 9-12h)

Datum

Unterschrift Zuweiser*in oder Patient*in

BARTHEL INDEX		
Name:	Geb.Datum:	Alter:
Untersucht von:	Testdatum:	

Kriterien	Punkte
Essen <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck • Braucht etwas Hilfe, z. B: Fleisch oder Brot schneiden • Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird 	 10 5 0
Bett/(Roll-)Stuhltransfer <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit • Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich • Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbstständig • Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird 	 15 10 5 0
Waschen <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen • Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten 	 5 0
Toilettenbenutzung <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung) • Benötigt Hilfe, z. B. wg. Unzureichenden Gleichgewichts oder Kleidung/ Reinigung • Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird 	 10 5 0
Baden <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit • Nicht selbstständig o. g. Tätigkeit 	 5 0
Gehen bzw. Rollstuhlfahren auf Flurebene <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig beim Gehen > 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen • Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel > 50m gehen • Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50m • Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren 	 15 10 5 0
Treppensteigen <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) • Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen • Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen 	 10 5 0
An-/Auskleiden <ul style="list-style-type: none"> • Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett od. Bruchband) • Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbstständig durchführen • Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird 	 10 5 0
Stuhlkontrolle <ul style="list-style-type: none"> • Ständig kontinent • Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Woche • Häufiger/ständig inkontinent 	 10 5 0
Urinkontrolle <ul style="list-style-type: none"> • Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix • Gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext- Harnableitung • Häufiger/ständig inkontinent 	 10 5 0

Summe: _____

2. Leitfaden zum Ausfüllen des Anmeldeformulars für die Akutgeriatrie/ Remobilisation (AG/R) im Göttlicher Heiland Krankenhaus

Anmeldung bitte durch Ärztin* Arzt UND Pflegeperson ausfüllen

- **Patient*innendaten** lesbar anbringen (wichtig: Geburtsdatum)
- **Klinik/Station:** bitte genaue Stationsbezeichnung inkl. Telefonnummer der Station und Faxdurchwahl angeben
- **Therapieziel:** Zielsetzung des Aufenthalts möglichst konkret angeben (z.B. Verlängerung der Gehstrecke um x Meter, selbständige Mobilität mit Krücken, x Stufen steigen, selbständiger Transfer in den Rollstuhl...)
- **Derzeitige Medikation:** UNBEDINGT angeben bzw. entsprechende Unterlagen mitsenden
- **Mobilität:**
 - mögliche Gehstrecke: in Metern angeben
 - dafür benötigte Hilfsmittel angeben: Hilfe von 1PP / 2PP, Rollator, Krücken...
- **Decubitus / Ulcera / Wundheilungsstörung:** UNBEDINGT ausfüllen (Pflegeperson)
- **Wohnsituation:**
 - **Vertrauens- bzw. Betreuungsperson UNBEDINGT mit Telefonnummer** anführen (oftmals bereits im Vorfeld Kontaktaufnahme erforderlich)
 - Angabe, falls Patient*in alleine wohnt, keine sozialen Kontakte hat...
 - **Bisherige Hilfsdienste:** wenn möglich - bitte genau ausfüllen (z.B. 3xtgl. HH, private Haushaltshilfe...)
- **Rehabilitation eingereicht:**
 - Datum der Einreichung angeben
 - bei Einreichung von Kurzzeitpflege: bitte Datum und Organisation angeben
- **Kontaktpersonen:** für eventuelle medizinische oder pflegerische Fragen
 - Ärztin* Arzt: Name und Durchwahl anführen
 - Stationsleitung: Name und Durchwahl anführen

3. Ablauf nach der Anmeldung zur Akutgeriatrie/ Remobilisation

- Anmeldungen werden nach Eingangsdatum bearbeitet
- Besprechung der Patient*innen durch das Team der AG/R
- Bei offenen Fragen: Rückruf durch AG/R – Mitarbeiter*in

Bestätigter Aufnahmetermin oder Ablehnung wird an angegebene E-Mail oder Faxnummer gesendet!

4. Allgemeines

- Möglichkeit der Angabe eines Aufnahme-Wunschtermins auf dem Anmeldeformular (z.B.: „Übernahme ab TT.MM. möglich“)
- **SKL-Patient*innen:** bitte so früh wie möglich anmelden, da nur 8 SKL-Betten zur Verfügung stehen (es kann zu Engpässen kommen)
- Wir ersuchen um Verständnis, dass Patient*innen abgesagt werden, wenn diese nicht für eine Aufnahme an unserem Department für Akutgeriatrie/ Remobilisation geeignet sind

Mit bestem Dank für die Kenntnisnahme und auf weitere gute Zusammenarbeit!

Die Teams der Akutgeriatrie/ Remobilisation

E-Mail: AGR-Anmeldung@khgh.at

Fax: 01/ 20619 900110013

Tel.: 01/ 40088 - 9140 (Mo-Fr 09:00 – 12:00 Uhr) AG/R-Bettenvergabe

INFORMATION ZUM AUFENTHALT AUF DER AKUTGERIATRIE/REMOBILISATION (AG/R) IM GÖTTLICHER HEILAND KRANKENHAUS

AG/R - Was ist das?

Ziele der Akutgeriatrie/ Remobilisation sind die Behandlung einer akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeit zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste, die Erhöhung der Selbständigkeit und die Rückkehr in das gewohnte Umfeld. Das multiprofessionelle Team behandelt geriatrische Patient*innen unter Beachtung medizinischer, funktioneller, psychischer, kognitiver und sozialer Aspekte der Erkrankungen.

1. Welche Patient*innen werden aufgenommen?

Aufnahmekriterien:

- Höheres Alter (über 65 Jahre) und Multimorbidität oder Frailty
- Remobilisationsbedarf nach schweren Erkrankungen oder Operationen
- Funktionseinschränkungen bei Mobilität und/oder Verrichtung von Aktivitäten des täglichen Lebens im Rahmen einer Erkrankung
- Bedarf nach funktionsfördernden, funktionserhaltenden oder reintegrierenden Maßnahmen
- Barthel-Index > 30 Punkte von 100 (**Index bitte beilegen!**)

Ausschlusskriterien:

- Intensivstationspflichtige Erkrankungen
- akute Infektionen (COVID-19, Influenza, Pneumonie...)
- Terminale Erkrankung
- laufende Chemo-oder Strahlentherapie
- schwere Demenz oder akute instabile psychiatrische Grunderkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression)
- Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand
- Dialysepflichtigkeit
- Erkrankungen, bei denen eine Mobilisierung nicht möglich oder erlaubt ist (z.B: Spondylodiscitis mit Bettruhe...)
- Patient*innen, bei denen eine Reintegration in das gewohnte Umfeld in 3 Wochen nicht möglich ist → Kurzzeitpflege, befristete Pflege oder Urlaubsbett anmelden
- Ungesichertes soziales Umfeld
- Stabile*r Pflegepatient*in, der/die nur auf einen Pflegeheimplatz wartet
- Kein Remobilisationspotential vorhanden, nur pflegerische Versorgung vonnöten
- Fehlende Mitarbeit/Motivation

Weitere Voraussetzungen zur Aufnahme auf eine AG/R-Station:

- Patient*in muss über Ziel und Zweck der Akutgeriatrie/ Remobilisation (Verbesserung der Selbständigkeit, Entlassung in das gewohnte Umfeld) informiert und mit der Aufnahme einverstanden sein.
- Motivation und Einverständnis für eine **aktive** Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege müssen gegeben sein.
- Vor dem Aufenthalt sollten Patient*innen und Angehörige durch die zutransferierende Institution bereits darüber informiert werden, dass die Aufenthaltsdauer auf der Akutgeriatrie/ Remobilisation **2** bis max. 3 Wochen ist.
- Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung (ev. auch inkl. sozialer Dienste) bzw. ins Pensionistenheim/ Appartement möglich sein.
- Bei einem voraussiehenden längeren Aufenthalt (> 3 Wochen) muss im Vorfeld Kontakt mit der AG/R aufgenommen werden, um die Zielsetzung eines Aufenthalts sowie eine Weiterbetreuung abzusprechen (Kurzzeitpflege, Urlaubsbett, befristete Pflege, 24-h-Pflege zu Hause, Übergangspflege...).

Nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare können bearbeitet werden!

Mit bestem Dank für die Kenntnisnahme und auf weitere gute Zusammenarbeit!

Die Teams der Akutgeriatrie/ Remobilisation

E-Mail: AGR-Anmeldung@khgh.at

Fax: 01/ 20619 900110013

Tel.: 01/ 40088 - 9140 (Mo-Fr 09:00 – 12:00 Uhr) AG/R-Bettenvergabe