

Anmeldung für die geriatrische Akutrehabilitation

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

Patient/Patientin

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

Pflegestufe	Patient versorgt durch	Hilfsmittel
	Familie (Name) _____	_____
	Alleinlebend _____	_____
	Spitex _____	_____
	Pflegeheim _____	_____

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 Patient selbständig aufstehen)?			_____
2. Multimorbidität			5. Störung des Kurzzeitgedächtnisses?			_____
Diese 2 Fragen müssen mit ja beantwortet werden			6. Probleme beim Anziehen, Treppensteigen oder Einkaufen			_____
			7. Dekubitus/Wundversorgung			_____
			8. Isolationsmassnahmen notwendig			_____

Status des Patienten

Bewusstseinslage	Klar	Orientiert	Motiviert
	Somnolent	Desorientiert	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.