

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.