

Anmeldung für die geriatrische Akutrehabilitation

T +41 55 418 52 30 | 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.