

## Einweisung in die Geriatrische Klinik

### Ärztliche Leitung

Wir melden folgende/folgenden Patientin/Patienten an:

Name Vorname Adresse PLZ, Ort	Geschl.: Nr. 1: Mitgl.-Nr.: <input type="checkbox"/> Unfall	Geburtsdatum Zivilstand Telefon-Nr. Hausarzt Nr. 2: Mitgl.-Nr.: <input type="checkbox"/> Krankheit
--	--	--

Kostenträger	Nr. 1: Mitgl.-Nr.: <input type="checkbox"/> Unfall	Nr. 2: Mitgl.-Nr.: <input type="checkbox"/> Krankheit	Versicherungsklasse:
Hospitalisation seit:		Übertritt ab:	

<b>1. Diagnosen</b>			
<b>2. Bisherige Therapie/Operation</b> (Datum)			
<b>3. Weiteres Procedere</b>			
3a. Ist eine weitere Diagnostik geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: Datum:
3b. Sind weitere Behandlungen oder Konsile geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: Datum:
3c. Sind weitere Operationen/Interventionen geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: Datum:
3d. Sind Chemo-/Immuntherapien geplant?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	wenn ja, welche: Datum:
<b>4. Ist der Patient (oder dessen Vertreter) mit einem Aufenthalt in der Geriatrischen Klinik einverstanden?</b>			
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			
<b>5. Verlegungsgrund</b>			
<b>6. Aktueller Medikamentenplan</b> Bitte Kopie beilegen oder per E-Mail senden			

### Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit

- Verlegung zur stationären Weiterbehandlung  
 Abklärung/Therapie

### Funktionsdefizite

- bettlägerig  
 bedarf Hilfeleistung für Gehen/ Essen/ Toilette/ Aufstehen/ Ankleiden (*nicht zutreffendes streichen/löschen*)  
 Bewegungslimiten  
 Belastungsgrenzen  
 bedarf intensiver Hilfeleistung

Aussteller-Ref:

Klinik/ Abt: Information:	Kontaktperson mit Tel.-Nr. :
Ort/Datum:	Name des einweisenden Arztes mit Tel.-Nr. und E-Mail-Adresse:

## Pflegebedarf

Name des Patienten:

Ausgefüllt von:

### Ernährung

- Pat. isst alleine
- Pat. isst mit Hilfsmittel, welches:
- Essen wird hergerichtet
- Essen wird eingegeben
- Aspirationsgefahr
- Dysphagie
- Parenterale Ernährung
- Nasale Magensonde
- PEG

Bemerkung:

### Mobilität

- Selbstständig im Transfer
  - Selbstständig im Gehen
- Transfer mit      1 PP       2 PP   
Gehen mit      1 PP       2 PP
- Braucht Hilfe bei der Lagerung
  - Selbstständig Rollstuhl fahren
  - Bettlägerig
  - Vollbelastung
  - Teilbelastung/Kg:

Hilfsmittel, welche:

Bemerkung:

### Körperpflege / persönliche Hygiene

- Selbstständig Ganzkörper Waschen/Kleiden
- Teilweise möglich, braucht wenig Unterstützung
- Im Bett/Lavabo: in beträchtlichem Mass auf Unterstützung angewiesen
- Ganzwäsche im Bett
- Duschen mit Hilfe

Bemerkung:

### Kognition

- Zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert
- Beeinträchtigt
- Demenz
  - ohne Weglaufendenz
  - mit Weglaufendenz
- Delir
  - ohne Weglaufendenz
  - mit Weglaufendenz
- Unruhe
  - leicht
  - mittelschwer
  - stark
- Stimmungslabilität
- Adäquates Verhalten und Psyche

Jetziges Zimmer:  1er  2er  Mehrbett

Bemerkung:

Station:

Telefon:

### An- und Auskleiden

- Völlig selbstständig
- Wenig aktive Unterstützung
- Hilfsmittel/Supervision notwendig
- Viel Unterstützung
- Vollständig auf Unterstützung angewiesen

Bemerkung:

### Ausscheidung / Toilette

- Selbständige WC Benützung
- WC/Nachtstuhl mit Unterstützung
- Auf Topf/Urinflasche angewiesen
- Stuhl Inkontinent
- Urin Inkontinent
- Dauerkatheter
- Urostoma
- Cystofix
- Colostoma/Ileostoma
- Selbständige Stomaversorgung
- Stomaversorgung durch Pflege

Bemerkung:

### Kommunikation/ Verständigung

- Problemlose Verständigung
- Kommunikation eingeschränkt
- Keine Verständigung möglich
- Aphasie
- Fremdsprache, welche:

Bemerkung:

### Wahrnehmung

- |              |                             |                               |
|--------------|-----------------------------|-------------------------------|
| Sehbehindert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Blind        | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |
| Hörbehindert | ja <input type="checkbox"/> | nein <input type="checkbox"/> |

Bemerkung:

**Atmung**

- Sauerstoff / Liter/Min.
- Beatmung:
- Tracheostoma

**Wunden**

- Wunde      Ort der Wunde:
- Dekubitus      Ort des Dekubitus:
- NPWT
- Drainagen
- Senectovia Matratze

**Hygiene**

- Isolation
- MRSA:
- Influenza:

Rückfragen an: Spitalhygiene Tel: 0041 71 494 22 99

**Intravenöser Zugang**

- Port-a-Cath
- Infundierende Medikamente:

Peripherer Venenkatheter:       ZVK:

- Perfusor

Infundierende Medikamente:

Spezielle Medikamente:

- Dialyse
- HD
- CAPD