

## Einweisung in die Geriatriische Klinik

Ärztliche Leitung

Wir melden folgende/folgenden Patientin/Patienten an:

Name	Geschl.:	Geburtsdatum
Vorname		Zivilstand
Adresse		Telefon-Nr.
PLZ, Ort		Hausarzt

Kostenträger	Nr. 1: Mitgl.-Nr.:	Nr.2: Mitgl.-Nr.:
	<input type="checkbox"/> Unfall	<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>	
<b>3a. Ist eine weitere Diagnostik geplant?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche: Datum:
<b>3b. Sind weitere Behandlungen oder Konsile geplant?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche: Datum:
<b>3c. Sind weitere Operationen/Interventionen geplant?</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja, welche: Datum:
<b>3d. Sind Chemo-/Immuntherapien geplant?</b>	<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 Geriatriischen 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:

Station:

Telefon:

### Ernährung

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

Bemerkung:

### Mobilität

- ☐ Selbständig im Transfer
- ☐ Selbständig im Gehen
- Transfer mit 1 PP ☐ 2 PP ☐
- Gehen mit 1 PP ☐ 2 PP ☐
- ☐ Braucht Hilfe bei der Lagerung
- ☐ Selbständig Rollstuhl fahren
- ☐ Bettlägerig
- ☐ Vollbelastung
- ☐ Teilbelastung/Kg:
- Hilfsmittel, welche:
- Bemerkung:

### Körperpflege / persönliche Hygiene

- ☐ Selbständig 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 Weglauftendenz
  - ☐ mit Weglauftendenz
- ☐ Delir
  - ☐ ohne Weglauftendenz
  - ☐ mit Weglauftendenz
- ☐ Unruhe
  - ☐ leicht
  - ☐ mittelschwer
  - ☐ stark
- ☐ Stimmungslabilität
- ☐ Adäquates Verhalten und Psyche

Jetziges Zimmer: ☐ 1er ☐ 2er ☐ Mehrbett

Bemerkung:

### An- und Auskleiden

- ☐ Völlig selbständig
- ☐ 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 ☐ nein ☐
- Blind ja ☐ nein ☐
- Hörbehindert ja ☐ nein ☐

Bemerkung:

### Atmung

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

### Hygiene

- ☐ Isolation
- ☐ MRSA:
- ☐ Influenza:

### Intravenöser Zugang

- ☐ Port-a-Cath
- Infundierende Medikamete:

- ☐ Perfusor
- Infundierende Medikamente:

- ☐ Dialyse
  - ☐ HD
  - ☐ CAPD

### Wunden

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

Rückfragen an: Spitalhygiene Tel: 0041 71 494 22 99

- ☐ ESBL:

- ☐ Norovirus:

- ☐ Peripherer Venenkatheter:

- ☐ ZVK:

- ☐ Spezielle Medikamente: