hoch Geriatrische Klinik St.Gallen AG

Bettendisposition
Rorschacher Strasse 94
9000 St. Gallen
Tel. 071 243 88 00
E-Mail: bettendispo@geriatrie-sg.ch

Einweisung in die Geriatrische 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.:
	☐ Unfall ☐ Krankheit	Versicherungsklasse:
Hospitalisation seit:		Übertritt ab:

1. Diagnosen				
2. Bisherige Therapie/Operation (Datum)				
3. Weiteres Procedere				
3a. Ist eine weitere Diagnostik geplant?	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche:	Datum:
3b. Sind weitere Behandlungen oder Konsile geplant?	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche:	Datum:
3c. Sind weitere Operationen/Interventionen geplant?	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche:	Datum:
3d. Sind Chemo-/ Immuntherapien geplant?	☐ ja	☐ nein	wenn ja, welche:	Datum:
4. Ist die Patientin/der Patient (bzw. die Vertretung) mit einem Aufenthalt in der Geriatrischen Klinik einverstanden? ☐ ja ☐ nein				
5. Verlegungsgrund				
6. Aktueller Medikamentenplan 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
☐ Bewegungslimiten
☐ Belastungsgrenzen
☐ bedarf intensiver Hilfeleistung

Aussteller-Ref:

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

hoch Geriatrische Klinik St.Gallen AG

Bettendisposition
Rorschacher Strasse 94
9000 St. Gallen
Tel. 071 243 88 00
E-Mail: bettendispo@geriatrie-sg.ch

Pflegebedarf

Patientin/Patient: Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

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:

An- und Auskleiden
☐ Völlig selbständig
☐ Wenig aktive Unterstützung
☐ Hilfsmittel/Supervision notwendig
☐ Viel Unterstützung
☐ Vollständig auf Unterstützung angewiesen
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:

Ausscheidung / Toilette
☐ Selbständige WC-Benützung
☐ WC/Nachtstuhl mit Unterstützung
☐ Auf Topf/Urinflasche angewiesen
☐ Stuhlinkontinenz
☐ Urininkontinenz
☐ Dauerkatheter
☐ Urostoma
☐ Cystofix
☐ Colostoma/Ileostoma
☐ Selbständige Stomaversorgung
☐ Stomaversorgung durch Pflege
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:

Kommunikation / Verständigung
☐ Problemlose Verständigung
☐ Kommunikation eingeschränkt
☐ Keine Verständigung möglich
☐ Aphasie
☐ Fremdsprache, welche:
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:

Wahrnehmung
Sehbehindert ja ☐ nein ☐
Blind ja ☐ nein ☐
Hörbehindert ja ☐ nein ☐

Bemerkung:

hoch Geriatrische Klinik St.Gallen AG

Bettendisposition
Rorschacher Strasse 94
9000 St. Gallen
Tel. 071 243 88 00
E-Mail: bettendispo@geriatrie-sg.ch

Patientin/Patient: Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

Atmung

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

Wunden

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

Hygiene

- ☐ Isolation

Rückfragen an: Spitalhygiene, Tel. 071 494 22 99

- ☐ MRSA:
- ☐ ESBL:
- ☐ Influenza:
- ☐ Norovirus:

Intravenöser Zugang

- ☐ Port-a-Cath
- ☐ Peripherer Venenkatheter:
- ☐ ZVK:

Infundierende Medikamente:

- ☐ Perfusor
- ☐ Spezielle Medikamente:

Medikamente über Perfusor:

- ☐ Dialyse
  - ☐ HD
  - ☐ CAPD

Bitte beachten

Bitte alle drei Seiten vollständig ausfüllen und zusammen mit dem aktuellen Medikamentenplan per E-Mail an bettendispo@geriatrie-sg.ch senden.
Rückfragen: Bettendisposition, Tel. 071 243 88 00