**Daten Patient\*in:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Familienname: | | Vorname: | |
| Versicherungsnummer | | Geburtsdatum: | |
| Sozialversicherungsträger: | | Tel.: | |
| Straße: | Hausnr.: | PLZ: | Ort: |
| Bezugsperson (Name): | | Tel.: | |

**Daten Zuweiser\*in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuweiser\*in (Krankenhaus/Abteilung: | Station: Tel: |
| Kontaktperson ärztlich: | Kontaktperson Pflege: EM DW: |
| Allgemeinklasse ☐ Sonderklasse ☐ **2-Bett** ☐ 1**-Bett** | |
| Übernahme: ☐ ab sofort  ab Datum: | |
| Bezugsperson (Name): | Tel.: |

**Aufnahmegrund: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**☐ Im Falle einer OP - Datum:**

**Begleiterkrankungen**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Therapieziel**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* sauerstoffpflichtig ☐ aktuelle **Medikationsliste** beigelegt

**Aktuelle Infektionen:** Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken!

* Clostridien ☐ MRGN ☐ MRSA ☐ keine bekannten Infektionen
* Andere Infektionen:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Isolierpflichtig ☐ JA ☐ Nein

**Wunde:** nein ☐ ja☐

wenn ja, dann bitte Heilungsverlauf beschreiben (VAC, Antibiose, Plast/Chirurgie., Maßnahmen…):

**Situation vor der Aufnahme:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Wohn- und**  **Betreuungs-situation** | * selbstständig ☐Pflegeheim * Familie ☐betreutes Wohnen * 24h Pflege * Hilfsdienste\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ * (Intervall + Profession) | **Mobilität** | * ohne Hilfsmittel ☐ mit Person/en * mit Rollator ☐ mit Krücken * Gehstrecke ca. Meter * nicht gehfähig ☐ bettlägerig seit: * sonstiges: * Sturzgeschehen <3 Monate:   + nein   + ja, am: |

**Derzeitige Situation:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Anträge** | * Reha * Pflegegeld vorhanden | | * Pflegeheim * PG-Stufe: | * Kurzzeitpflege gestellt am: * Erhöhung beantragt am: | | * PG-Erstantrag gestellt am: |
| **Mobilität** | * Gehstrecke in M.: * mit Personen * ohne Hilfsmittel:   Hilfsmittel:   * nicht gehfähig   Bettruhe bis: | | | **Pflegebedarf** | * selbstständig * TKP mit Hilfe * Vollständige Übernahme | |
| **Sehen** | * normal * eingeschränkt * Blind | |
| **Motivation** | * ausgeprägt * motivierbar * nicht vorhanden | | | **Hören** | * normal * eingeschränkt * Hörgerät * gehörlos | |
| **Demenz** | * nein * ja MMSE Punkte: | | | **Orientierung** | * Delir  ja  nein * vollständig * teilweise bitte um weitere Angaben:   \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
| **Belastung nach OP:** | | * nicht relevant * vollständig * teilweise bis \_\_\_\_ kg / Grad * volle Belastung ab: \_\_\_\_\_ Datum | | | | |
| **Hautdefekte** | | * Dekuitus * Ulcus Größe: * Wunde Lokalisation: | | | | |

**Nach der Entlassung**

**Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet das Team der Akutgeriatrie.**

**Unsere Aufnahmezeiten sind von Mo – Do von 10:00 – 12:00Uhr**

**Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt**

**Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.**

**Wir weisen ebenfalls darauf hin: Sollte die\*der Patient\*in nicht den Anforderungen der AGR entsprechen, sehen wir uns leider gezwungen, die Patientin/den Patienten umgehend an Ihre Abteilung zurück zu transferieren!**

**DANKE, das Betreuungsteam der Akutgeriatrie!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach Aufenthalt** | * ja * nein |

Formular bitte an**: <mailto:med2.wien@bhs.at>**AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 599 88 2107 (Mo - Fr 9-14h)

**Datum Unterschrift Zuweiser\*in oder Patient\*in**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **BARTHEL INDEX** |  | |
| **Name:** | **Geb.Datum:** | **Alter:** |
| **Untersucht von:** | **Testdatum:** | |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Kriterien*** | ***Punkte*** |
| **Essen**   * Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck * Braucht etwas Hilfe, z. B: Fleisch oder Brot schneiden * Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird | 10  5  0 |
| **Bett/(Roll-)Stuhltransfer**   * Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit * Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich * Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitzen selbstständig * Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird | 15  10  5  0 |
| **Waschen**   * Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen * Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten | 5  0 |
| **Toilettenbenutzung**   * Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung) * Benötigt Hilfe, z. B. wg. unzureichenden Gleichgewichts oder Kleidung / Reinigung * Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird | 10  5  0 |
| **Baden**   * Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit * Nicht selbstständig o. g. Tätigkeit | 5  0 |
| **Gehen bzw. Rollstuhlfahren auf Flurebene**   * Unabhängig beim Gehen > 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen * Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel   > 50m gehen   * Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50m * Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren | 15  10  5  0 |
| **Treppensteigen**   * Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) * Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen * Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen | 10  5  0 |
| **An-/Auskleiden**   * Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett od. Bruchband) * Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbstständig durchführen * Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird | 10  5  0 |
| **Stuhlkontrolle**   * Ständig kontinent * Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Woche * Häufiger/ständig inkontinent | 10  5  0 |
| **Urinkontrolle**   * Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix * Gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung * Häufiger/ständig inkontinent | 10  5  0 |

**Einschlusskriterien** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| > 65. Lebensjahr | **☒ ☐ ja** | **☐ nein** |
| Drohende oder neu eingetretene Einschränkung der Selbstständigkeit | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Realistische Perspektive auf Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme. | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Nach dem Aufenthalt soll eine Entlassung in die Privatwohnung bzw. in die vorbestehende Pflegeeinrichtung gewährleistet sein. | ☐ ja | ☐ nein |
| Ist eine Entlassung nach Hause innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme nicht möglich, muss die Weiterversorgung (z.B. Kurzzeitpflege, befristete Pflege, 24h Pflege, …) bereits vor der Transferierung eingeleitet worden sein. | **☐ ja** | **☐ nein** |

**Ausschlusskriterien** *(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Aktive Infektionserkrankungen (z.B. Covid-19 Infektion, Influenza, Pneumonie) | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Immobilität und fehlendes Remob-Potential | **☐ ja** | **☐ nein** |
| VAC Versorgung | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Aktuell laufende Dialyse, laufende Strahlentherapie | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Terminale Erkrankung | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Akute Erkrankung, die die Patientin\*den Patienten nicht rehabilitieren lässt (akuter Herzinfarkt, Lungenembolie, akuter Schlaganfall etc.) | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Pflegepatient\*in (Pat. für PH/ Übergangspflege/ Kurzzeitpflege angemeldet) | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Fortgeschrittene Demenz oder schwere geriatrische/psychiatrische Grunderkrankung | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Akute psychiatrische Erkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand) | **☐ ja** | **☐ nein** |
| Intensivstationspflichtige Erkrankung | **☐ ja** | **☐ nein** |

**Weitere Voraussetzungen zur Aufnahme auf eine AG/R-Station:**

* Patient\*in muss über Ziel und Zweck der Akutgeriatrie/ Remobilisation informiert und mit der Aufnahme einverstanden sein.
* Motivation und Einverständnis für eine **aktive** Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege müssen gegeben sein.
* Vor dem Aufenthalt sollten Patient\*innen und Angehörige durch die zutransferierende Institution bereits darüber informiert werden, dass die Aufenthaltsdauer auf der Akutgeriatrie/ Remobilisation **2** bis max. 3 Wochen ist.
* Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung möglich sein.

**Datum Unterschrift der zuweisenden Ärztin\*des zuweisenden Arztes**