**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
 | 1050 |
| **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
 |  50 |
| **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
 | 50 |
| **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
 | 151050 |
| **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**