

Ärztliches Einweisungszeugnis

Anrede: Frau Mann

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon:

Mobile:

E-Mail:

Sprache:

Zivilstand:

Aufenthalt

Aufenthaltsart: stationäre geriatrische Rehabilitation

stationäre muskuloskelettale Rehabilitation

Gewünschtes Eintrittsdatum:

Geplante Aufenthaltsdauer:

Zimmerwunsch:

Versicherungsstatus

Versicherungstyp: Allgemein Halbprivat Privat

Krankenkasse/Unfallversicherung

Name:

Versicherungsnummer:

AHV-Nummer:

Ärztliches Einweisungszeugnis

Zusatzversicherung

Name:

Versicherungsnummer:

Diagnose

Hauptdiagnose/ICD/O:

Nebendiagnosen:

Ärztliches Einweisungszeugnis

Kriterien geriatrische Rehabilitation

Hauptkriterien:

- Alter > 75 Jahre (in der Regel)
- Multimorbidität: Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei problematischen oder aktiven Erkrankungen

Zusatzkriterien:
(Geriatrische Syndrome)

Gleichzeitiges Vorliegen von mindestens drei Syndromen/Symptomen wie z. B.:

- Mobilitätsstörung/Immobilität
- Sturzgefahr/erhöhtes Sturzrisiko
- Kognitive Einschränkung, insbesondere abklingendes Delir
- Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin
- Depression oder Angststörung
- Eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane (Visus- oder Gehörminderung)
- Dekubitusulzera
- Polymedikation und/oder Non-Compliance
- Chronische Schmerzen
- Malnutrition und/oder Sarkopenie
- Soziale Isolation
- Gebrechlichkeit (Frailty)/herabgesetzte Belastbarkeit

Kriterien Gerontotraumatologische Rehabilitation

- Frakturen des proximalen Femurs (Schenkelhals, per-/subtrochantäre Femurfrakturen)
- Periprothetische Femurfrakturen
- Beckenringfrakturen
- Frakturen im Bereich der Wirbelsäule

Kriterien muskuloskelettale Rehabilitation

(mindestens vier von fünf müssen erfüllt sein)

- Notwendige Therapieintensität kann ambulant nicht erreicht werden
- Erhöhte Sturzgefahr
- Instabile Schmerzsituation
- Verzögerte Mobilität
- Eine Selbstversorgung im häuslichen Umfeld kann nicht sichergestellt werden

Ärztliches Einweisungszeugnis

Detailplanung vor Eintritt

Körperpflege

- selbstständig
- mit Unterstützung

Mobilität

- selbstständig
- mit Unterstützung
- Böckli
- UAGS
- Taurus
- im Bett
- Rollator
- Eulenburger
- Rollstuhl
- Transfer mit Unterstützung
- ohne Unterstützung

Kognition/Orientierung

- unauffällig
- auffällig (Delir, Demenz, etc.)
- stark desorientiert
- Weglauftendenz
- Sitzwache
- Sturzgefahr
- Klingelmatte

Isolation

- nicht isoliert
- isoliert wegen:

Sonstige Informationen

- Wunden
- vorh. Dekubitus
- Stoma
- Infusionen
- O2
- VAC-Verband
- PVK
- kontinuierlich
- OP-Naht
- ZVK
- bei Bedarf
- Port

Stabil und verlegbar

- Ja
- Noch nicht
- Liegendtransport geplant

Ärztliches Einweisungszeugnis

Zuweisende Stelle

Name/Praxis/Spital:

Adresse:

PLZ/Ort:

Telefon/Fax:

E-Mail:

Mail (Security-Mail):

 Ja

Nein

Unterschrift/Stempel zuweisende Stelle

Datum:

Unterschrift zuweisende Stelle:

Alle Angaben sind zur Weiterleitung an die Krankenkasse/Kostenträger vorgesehen.