|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Spital / Zuweiser:**  Adresse:  PLZ / Ort:  Telefon: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Verantwortliche/r:  Telefon:  Telefax:  E-Mail: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Anmeldung zur stationären Rehabilitation (neurologisch, muskuloskelettal, psychosomatisch, internistisch-onkologisch, geriatrisch, Sklerodermie)** *🡪 Bitte ggf. separates Formular verwenden* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Reha Rheinfelden**  Patientenaufnahme  Salinenstrasse 98  CH-4310 Rheinfelden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Telefon / Fax | | | | + 41 (0)61 836 50 30 / + 41 (0)61 836 50 39 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| E-Mail | | | | [patientenaufnahme@reha-rhf.ch](mailto:patientenaufnahme@reha-rhf.ch) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Wir melden folgende Patientin / folgenden Patienten an:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name | | | w m | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Geburtsdatum | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Vorname | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Zivilstand | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Adresse | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Telefon-Nr. | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| PLZ, Ort | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Hausarzt | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | |  | |  | | | | | | | |  | |  | | | | | | |  | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| Versichert für | | |  | | allgemein | | | | | | | |  | | halbprivat | | | | | | |  | | privat | | | | | | | | | | | | | | | Unfall | | | Krankheit | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kostenträger | | Nr. 1: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr. 2: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| Mitgl./Versich..... | | Nr.: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Nr.: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zimmerwunsch Allgemein-Abteilung:       (nach Möglichkeit) (Standard Zweibettzimmer) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | Klassenwechsel erwünscht von  auf | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Eintritt erwünscht am | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I Einweisungsgrund** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A) Diagnose | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| B) Funktionsdefizit | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| C) Operationsdatum | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| D) Relevante  Begleiterkrankungen | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Pflichtfeld: | | | ESBL MRE  MRSA C. difficile  andere:  keine | | | | | |
| **II Behandlungsbeginn** (Spitaleintritt) | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **III Behandlungsziel** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **I****V Arbeitsunfähigkeit** | | | | | | | | | |  | | ja | |  | | nein | | | | wenn ja, seit wann? | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | in Prozent | |  | | % |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Ärztliche Bestätigung der Klinikbedürftigkeit** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Grad der Behinderung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Intensive Behandlungsbedürftigkeit  Bewegungsbehinderung  Neuropsychologische Defizite  Pflegebedarf  Abklärungsbedarf  siehe beiliegenden Bericht  Eine ambulante Behandlung fällt ausser Betracht | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | selbstständig  bedarf geringgradiger Hilfeleistung für Gehen / Essen / Toilette / Aufstehen / Ankleiden  geht mit Stockhilfe  Rollstuhl  bedarf intensiver Hilfeleistung  bettlägerig  behindernde Schmerzen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Für Rückfragen:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinik / Abt:  Kontaktperson / Tel.:  Ort / Datum: | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ***Zuweiser* 🡪 *Rehainstitution* 🡪 *VA der Versicherung mit KoGu-Gesuch*** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Spital / Zuweiser:**  Adresse:  PLZ / Ort:  Telefon: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | Verantwortliche/r:  Telefon:  Telefax:  E-Mail: | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | |
| **Zusatzblatt (Pflegeaufwand) zum Einweisungsformular** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Name der Patientin / des Patienten:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Zustand der Patientin / des Patienten | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Ernährung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | An- und Auskleiden | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Sonde/parenterale Ernährung  einlöffeln/hohe Aspirationsgefahr  isst teilweise allein, braucht aktive Hilfsperson/  Aspirationsgefahr  isst allein mit Hilfsmitteln/braucht Supervision  isst völlig selbständig | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | vollständig auf Hilfsperson/-en angewiesen  viel Unterstützung durch Hilfsperson  wenig aktive Unterstützung durch Hilfsperson  Hilfsmittel/Supervision notwendig  völlig selbständig | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persönliche Hygiene | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Ausscheidung / Toilette | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson/-en  im Bett/am Lavabo teilweise möglich, aber in  beträchtlichem Mass auf Hilfsperson/-en  angewiesen  teilweise möglich, aktive Hilfe einer Hilfsperson nötig  braucht Hilfsmittel, Supervision  Körperpflege (inkl. Zähne putzen, rasieren,  frisieren) ganz allein möglich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | stuhl- und urininkontinent  urininkontinent/Katheter/Blasentraining  auf Topf/Nachtflasche angewiesen  Nachtstuhl/WC mit Hilfsperson  WC-Benützung alleine möglich | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Fortbewegung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Transfers (bei Rollstuhlfahrern)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | bettlägerig, selbständige Fortbewegung unmöglich  braucht Rollstuhl und viel Personenunterstützung  gehen mit Stützhilfe/Begleitung möglich/selbständiges  Rollstuhlfahren  selbständiges Gehen möglich, aber kein Treppensteigen  selbständiges Gehen und Treppensteigen möglich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | kein Transfer möglich, braucht mehrere Hilfspersonen  Transfer mit viel Unterstützung einer Hilfsperson  leichte Unterstützung durch Hilfsperson  Supervision/Anleitung durch Hilfsperson  selbständiger, sicherer Transfer | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Orientierung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Verständigung | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung  (hohe Weglauftendenz)  desorientiert, braucht viel Überwachung  (geringe Weglauftendenz)  leichte, aber alltagsrelevante Orientierungsstörung  zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | keine Verständigung möglich  teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt  schwer beeinträchtigt  teilweise Verständigung möglich, sozialer Kontakt  mittelschwer beeinträchtigt  genügende Verständigung, aber sozialer Kontakt  leicht beeinträchtigt  sozialer Kontakt unbeeinträchtigt | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Soziale Interaktion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Psyche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | sehr häufig unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen  öfters unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen  zeitweise unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen  selten unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen  normale soziale Interaktion | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | starke Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/  Unruhe  mittelschwere Aggressivität/Euphorie/Depression/  Apathie/Unruhe  leichte Aggressivität/Euphorie/Depression/Apathie/  Unruhe  Stimmungslabilität  adäquates Verhalten und Psyche | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **vorhandener Dekubitus:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **Wunden, Verletzungen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **Tracheostoma (Typ Trachealkanüle):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **PEG/SPK/Allg. Bemerkungen:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| * **spitalhygienisch relevante Erreger:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | ESBL MRE MRSA C. difficile andere:      keine | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Für Rückfragen:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinik / Abt:  Kontaktperson / Tel.:  Ort / Datum: | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Spital / Zuweiser:**  Adresse:  PLZ / Ort:  Telefon: | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | Verantwortliche/r:  Telefon:  Telefax:  E-Mail: | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | |
| **Zusatzblatt (Screening nach Lachs) zum Einweisungsformular** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Name der Patientin / des Patienten:** | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Geriatrisches Screening nach Lachs** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Problem** | | | | | | | | | | | **Untersuchung** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **Pathologisches Resultat** | | | | | | | |  | |
| 1. Sehen | | | | | | | | | | | Fingerzahl mit Brille in 2 Meter Entfernung erkennen Nahvisus oder Lesen einer Überschrift Frage: *Hat sich Ihre Sehfähigkeit in letzter Zeit verschlechtert?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Kein korrektes Erkennen bzw. Lesen möglich oder Antwort JA auf Frage | | | | | | | |  | |
| 2. Hören | | | | | | | | | | | Flüstern von Zahlen aus 50 cm Entfernung in das angegebene Ohr, während das andere Ohr zugehalten wird: Linkes Ohr: 6 — 1 — 9 Rechtes Ohr: 2 — 7 — 3 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mehr als eine Zahl wird falsch erkannt | | | | | | | |  | |
| 3. Arme | | | | | | | | | | | 1. Beide Hände hinter den Kopf legen lassen 2. Kugelschreiber vom Tisch (oder von der Bettdecke) aufnehmen lassen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mindestens eine Aufgabe wird nicht gelöst | | | | | | | |  | |
| 4. Beine | | | | | | | | | | | Aufstehen, einige Schritte gehen und wieder hinsetzen lassen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Keine Aufgabe kann selbständig ausgeführt werden | | | | | | | |  | |
| 5. Blaseninkontinenz | | | | | | | | | | | Frage: *Konnten Sie in letzter Zeit den Urin versehentlich nicht halten?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort JA | | | | | | | |  | |
| 6. Stuhlkontinenz | | | | | | | | | | | Frage: *Konnten Sie in letzter Zeit den Stuhl versehentlich nicht halten?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort JA | | | | | | | |  | |
| 7. Ernährung | | | | | | | | | | | Schätzen des Körpergewichts der untersuchten Person | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Unter- oder Übergewicht | | | | | | | |  | |
| 8.a. Kognitiver Status | | | | | | | | | | | Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschliessend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel — Pfennig — Tisch | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |  | |
| 9. Aktivität | | | | | | | | | | | Fragen: *- Können Sie sich selbst anziehen? - Können Sie mindestens eine Treppe steigen? - Können Sie selbst einkaufen gehen?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Mindestens eine NEIN-Antwort | | | | | | | |  | |
| 10. Depression | | | | | | | | | | | Frage: *Fühlen Sie sich oft traurig oder niedergeschlagen?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort JA (oder ggf. Eindruck) | | | | | | | |  | |
| 8.b. Kognitiver Status | | | | | | | | | | | Nennen der folgenden drei Begriffe mit der Aufforderung, diese anschliessend zu wiederholen und sich zu merken: Apfel — Pfennig — Tisch | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Einen oder mehrere Begriffe vergessen | | | | | | | |  | |
| 11. Soziale Unterstützung | | | | | | | | | | | Frage: *Haben Sie Personen, auf die Sie sich verlassen und die Ihnen zu Hause regelmässig helfen können?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort NEIN | | | | | | | |  | |
| 12. Allgemeine Risikofaktoren | | | | | | | | | | | Frage: *Wann waren Sie zum letzten Mal im Krankenhaus?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | vor weniger als drei Monaten | | | | | | | |  | |
| 13. Allgemeine Risikofaktoren | | | | | | | | | | | Frage: *Sind Sie in den letzten drei Monaten gestürzt?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort JA | | | | | | | |  | |
| 14. Allgemeine Risikofaktoren | | | | | | | | | | | Frage: *Nehmen Sie regelmässig mehr als* 5 *verschiedene Medikamente?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort JA | | | | | | | |  | |
| 15. Allgemeine Risikofaktoren | | | | | | | | | | | Frage: *Leiden Sie häufig unter Schmerzen?* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Antwort JA | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | **SUMME** pathologische Antworten | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| *Für Rückfragen:* | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Klinik / Abt:  Kontaktperson / Tel.  Ort / Datum: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | Name (Stempel) / Unterschrift des zuweisenden Arztes: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |