



ANMELDUNG ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG / REHABILITATION

Gewünschter Eintrittstermin: _____ **Vorgesehne Aufenthaltsdauer:** _____ **Wochen**

neurologisch orthopädisch/
rheumatologisch internistisch, etc.

 Herr Frau

Nachname: _____ **Vorname:** _____

Geburtsdatum: _____ **Tel.Nr.:** _____

Strasse: _____ **PLZ/Ort:** _____

Kostenträger/Sektion: _____

Mitglieder-/Policen-Nr.: _____

Gewünschte Abteilung: privat (Einerzimmer) halbprivat (Zweierzimmer) allgemein (Dreierzimmer)

Grösse: _____ **Gewicht*:** _____

* Unsere Gegebenheiten sind bis max. 150 kg vorgesehen.

Einweisungsdiagnose:

Krankheit Unfall

Ort/Datum der Operation: _____

Nebendiagnose:

Medikamente/Bisherige Therapien:

PFLEGE- UND BETREUUNGSBEDÜRFTIGKEIT

Patient:

Orientierung:

- vorhanden
- teilweise
- desorientiert

Verständigung:

- möglich
- teilweise
- nicht möglich

Verhalten:

- ruhig
- unruhig
- sehr unruhig
- Weglauftendenz
- benötigt Sitzwache
- benötigt Bettgitter
- aggressiv
- depressiv

Motivation:

- gut
- wenig
- fehlt

Körperpflege:

- möglich
- teilweise
- nicht möglich

Ernährung:

- selbständig
- teilselbständig
- Supervision
- Schluckstörung
 - PEG Sonde
 - nasogastrale Sonde
- Weichkost
- pürierte Kost
- Diät
- vegetarisch
- vegan
- glutenfrei
- laktosefrei
- salzarm

Urin:

- kontinent
- inkontinent
- Dauerkatheter

Stuhl:

- kontinent
- inkontinent
- Anuspraeter

Sucht:

- keine bekannt
- Alkohol
- Drogen
- Rauchen
- Medikamente

Fortbewegung:

- selbständig
- mit Hilfe gehfähig
- Gehstöcke
- Rollator
- Gehböckli
- Eulenburger
- Rollstuhl
- bettlägerig

Behinderung:

- Sehbehindert
- Hörbehindert
- Sensibilitätsstörungen
- Andere

Transport/Reise:

- PKW
- Rollstuhllauto
- Liegend Transport
- Ambulanz

Ergänzende Bemerkungen:

Beurteilende Pflegefachperson:

Einweisendes Spital/Arzt:

Datum / Stempel / Unterschrift

Datum / Stempel / Unterschrift

Tel.Nr.:
