



Aufnahmeantrag: Remobilisation im Krankenhaus der Elisabethinen

Angaben zum Patienten / zur Patientin:	
Familienname/Vorname:	Adresse:
SVNr./Geb.Dat.:	Telefon:
Selbst versichert: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Wenn nein, Hauptversicherter:	
Sonderklasse: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Pflegestufe:
Hausarzt/Hausärztin mit Tel.Nr.:	Pflegegeld-Antrag gestellt: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Erwachsenenvertreter/in mit Tel. Nr.:	Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>

Situation VOR der Aufnahme:

Mobil: : ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gefähig mit Hilfsmitteln, welches:	Betreuung: <input type="checkbox"/> zuhause selbständig <input type="checkbox"/> zuhause mit Unterstützung <input type="checkbox"/> HKP <input type="checkbox"/> 24h-Pflege <input type="checkbox"/> Pflegewohnheim <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
--	---

Aktuelle Situation des Patienten / der Patientin:

Haupt- und Nebendiagnosen:

Einschätzung des Allgemeinzustands	Einschätzung der Pflegebedürftigkeit	Einschätzung der psychosozialen Situation
<u>Mobilität:</u> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfsmitteln <u>Einschränkung d. kardiopulmonalen Belastbarkeit:</u> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> wesentlich <u>Frakturbelastbarkeit:</u> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> keine Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung: <u>Isolierbedarf (Kolonisation/Infektion):</u> <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben	<u>Grad der Selbstständigkeit:</u> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig <u>Nahrungsaufnahme möglich:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <u>Hautdefekte/Dekubitus:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>O2-Versorgung:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <u>Sonstiges:</u> <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Colostoma <input type="checkbox"/> Schmerzpumpe <input type="checkbox"/>	<u>Kommunikation:</u> <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> nonverbal <u>Verhalten:</u> <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <u>Verwirrtheit:</u> <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> andauernd <input type="checkbox"/> nie <u>Motivation:</u> <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben <u>Vorliegen einer gemeldeten Freiheitsbeschränkung:</u> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Bei fehlenden Kapazitäten ist die Übermittlung an die Albert Schweitzer Klinik gewünscht? ja nein

Behandlungsziel:	Weitere Versorgung: <input type="checkbox"/> wie zuvor <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> unklar		
Wunschtermin (Zeitraum):	Rehabantrag gestellt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<hr/>	<hr/>	<hr/>	<hr/>
Zuweisendes Krankenhaus/Abteilung, Hausarzt	Tel.-Nr./Fax-Nr.	Ort, Datum	Unterschrift Antragsteller/in