

Zuweisungsformular AGR & RNS

Bitte gewünschten Bereich ankreuzen, definitive Zuteilung erfolgt in Grieskirchen (nach der Anmeldung)

- AG/R - Akutgeriatrie und Remobilisation: meist multimorbide, biologisch ältere Patienten**
- RNS - Remobilisation und Nachsorge: keine Altersgrenze, eher wenige Begleiterkrankungen**

Tel: 07248 / 601 – 2400

Fax: 07248 / 601 – 2409

Patient

geb.: _____

(Etikett) _____

Klasse: AKL SKM SKE

Aktuelle Erkrankung: _____

Operation am: _____

Begleiterkrankungen: _____

Bisherige Lebenssituation: _____

Versorgung nach AGR / RNS-Aufenthalt: _____

Geplante Transferierung möglich ab: _____

Telefon-Nr. der Angehörigen / Bezugsperson: _____

Was erwartet sich der Patient? _____

Patient und Angehörige über Anmeldung informiert? ja nein

Zusätzlicher Reha-Antrag bereits gestellt? ja nein

Entlassungsmanagement Pflegeberatung bereits aktiv? ja nein

Essen und Trinken <input type="radio"/> selbstständig <input type="radio"/> mit Hilfe <input type="radio"/> Schluckstörung / PEG	Kommunikation <input type="radio"/> normal <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> Aphasie	Orientierung <input type="radio"/> voll orientiert <input type="radio"/> teilweise orientiert <input type="radio"/> desorientiert
Pflege und Mobilität <input type="radio"/> ohne Hilfe <input type="radio"/> mit Hilfe von ___ Pflegepersonen <input type="radio"/> nicht gehfähig, Übernahme der Körperpflege notwendig	Hilfsmittel <input type="radio"/> Krücken ___ Stück <input type="radio"/> Gehwagen <input type="radio"/> Rollstuhl <input type="radio"/> Prothese	Belastung nach OP Untere Extr. <input type="radio"/> nicht belasten bis ___ <input type="radio"/> nur Bodenkontakt <input type="radio"/> Teilbelastung bis ___ kg <input type="radio"/> Vollbelastung
		Obere Extr. <input type="radio"/> Verband bis ___ <input type="radio"/> Bew. passiv ab ___ <input type="radio"/> Bew. aktiv assistiert ab ___ <input type="radio"/> Bewegung frei

Zuweiser (Stempel/Telefon): _____

Datum: _____ Unterschrift: _____

Zur Information: Die Aufenthaltsdauer beträgt meist zwischen 10 und 28 Tagen und hängt vom klinischen Zustand und den Fortschritten bei der Remobilisation ab. Die Zuweiser werden gebeten, dem Patienten **keine fixe Aufenthaltsdauer („3 Wochen“)** bereits vor der Transferierung zuzusagen.

Keine Indikation: fehlende Motivation des Patienten, soziale Gründe (inkl. "Wartezeit" auf Pflegeplatz), Respiratortherapie, apallisches Syndrom, moribunder Zustand.

Von AGR/RNS auszufüllen

Patient akzeptiert für: AGR RNS gesehen von (Facharzt)