|  |
| --- |
| WIENER GESUNDHEITSVERBUND – KLINIK HIETZING8. Medizinische Abteilung – Innere Medizin mit Akutgeriatrie/Remobilisation |

Anmeldung für die Akutgeriatrie/Remobilisation der Klinik Hietzing

Patient\*innen-Etikette

 **[ ]** Allgemeine Klasse

 [ ]  Sonderklasse

Zuweisendes Spital / Station:

Ansprechperson Medizin:       Ansprechperson Pflege:

Erreichbar unter Telefonnummer/Klappe:

**Datum der Anmeldung:**       **Übernahme möglich ab:**

**Aufnahmegrund + Operationen, Hauptdiagnose(n):**

**Therapieziel:**

Situation VOR der Aufnahme(eigen- bzw. fremdanamnestisch):

**Mobilität:** [ ]  mobil [ ]  teilmobil [ ]  immobil

**Betreuung:** [ ]  alleine [ ]  Familie [ ]  Soziale Dienste [ ]  24H-Pflege [ ] Pflegeheim

**Orientierung:** [ ]  voll orientiert [ ]  teilorientiert [ ]  nicht orientiert

**Bekannte Demenz:** [ ]  ja [ ]  nein

Antrag für Kurzzeitpflege/Pflegeheim/Reha-Aufenthalt gestellt: [ ]  ja [ ]  nein

Wenn ja, ab wann:

Derzeitige Situation:

**Größe:**  **Gewicht:**

**Motivation:**  [ ]  voll motiviert [ ]  motivierbar [ ]  keine Motivation

**Isolierpflicht:** [ ]  ja [ ]  nein
**Ernährungszustand:** [ ]  normal [ ]  adipös [ ]  kachektisch

**Ernährung:** [ ]  selbständig [ ]  mit Hilfe

**Mobilität:** [ ]  selbständig [ ]  immobil/bettlägrig [ ]  mobil mit [ ]  Hilfspersonen

 [ ]  mobil mit Gehilfe Derzeitige Gehstrecke ca.       Meter

**Harn:** [ ]  kontinent [ ]  inkontinent [ ]  Dauerkatheter

**Stuhl:** [ ]  kontinent [ ]  inkontinent

**Sehvermögen:** [ ]  normal [ ]  eingeschränkt

**Hörvermögen:** [ ]  normal [ ]  eingeschränkt

**Infektionsrisiko:** [ ]  ESBL [ ]  MRSA [ ]  C. diff.

**Dekubitus / Ulcus / Wunde:** Lokalisation:       Größe:

Ziel der Remobilisierung:

Betreuungsperson nach Entlassung
**Name:**
**Telefonnummer:**

Unterschrift der\*des Patient\*in: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Die/der Patient\*in wurde ausführlich über den Transfer an die Akutgeriatrie informiert: ja [ ]

|  |
| --- |
| Kontaktdaten Klinik Hietzing für die Terminplanung oder für Rücksprachen**8. Medizinische Abteilung – Innere Medizin mit Akutgeriatrie/Remobilisation**OÄ Dr.in Elisabeth FernerDr.in Izabella KarpatSTLP Brigitta HofmarcherTel. : +43 1 80 110-4010Fax : +43 1 80 110-4019 |

Das vollständig ausgefüllte Formular bitte an folgende FAX-Nummer senden: **+43 1 80 110-4019**

Ein- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme von Patient\*innen

Zur Beurteilung der Eignung von Patient\*innen für die Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation in der Klinik Hietzing finden Sie untenstehend die Einschluss- und Ausschlusskriterien für die Aufnahme.

Einschlusskriterien

* Höheres Alter (über 65 Jahre, nach Rücksprache auch jünger)
* Multimorbidität
* Interkurrente somatische Erkrankung mit vorübergehenden und/oder drohenden Funktionsverlusten
* Funktionelle Bewegungsstörung infolge relevanter medizinischer Begleiterkrankungen, insbesondere Funktionseinschränkungen bei Mobilität und Verrichtung der ADLs
* Vorhandenes Remobilisierungs-Potential
* Verzögerter Heilungsverlauf
* Stabile zerebrovaskuläre / psychische Störungen, beginnende Demenz
* Kurz zurückliegende OP (Bewegungsapparat, Herz, Bauch) – bei chirurgisch stabilem postoperativem Verlauf
* Bedarf an Entlassungsmanagement
* Definiertes Entlassungsziel (nach Hause oder Seniorenheim)

Ausschlusskriterien

* Intensivstationspflichtige Erkrankungen, Notwendigkeit eines hämodynamischen Monitoring

🡪 IMCU-/ICU

* Terminale Erkrankung/fortgeschrittene Malignome
🡪 Palliativstation
* Schwere kognitive Defizite, die das Ausführen der remobilisierenden Maßnahmen verhindern
🡪 Gerontopsychiatrie
* Völlig immobile / komplette Pflegeabhängigkeit
🡪 Pflegeheim
* Voraussichtlich lange Genesungszeit
🡪 Kurzzeitpflege
* Stabile Pflegepatient\*innen, bereits angemeldet für Pflegeheim
* Amputation der unteren Extremitäten ohne Möglichkeit zur Stumpfversorgung