

ANMELDEBLATT RNS-STATION

Landeskrankenhaus Südsteiermark
Standort Bad Radkersburg

Terminplanung/Bettenvergabe:

Stationsleitung: DGKP Verena Schittegg ☎ (03476 2401) 2431 Fax: 3109
Entlassungskoordination: DGKP Maria Fröhlich ☎ (03476 2401) 2402 Fax: 3109

Für telefonische Rückfragen: { Montag 10:00-12:00 + 13:00-15:00 Uhr
Mittwoch 10:00-12:00 + 13:00-15:00 Uhr
Donnerstag 10:00-12:00 + 13:00-15:00 Uhr

Persönliche Daten (Blockschrift oder Etikette)

Familienname
Vorname
Telefonnummer
PLZ, Ort
Straße, Hausnummer
SVNr. Geb. Datum

Selbstversichert JA NEIN

ÖGK KFA SVS-LW SVS-GW SVS BVA-OEB BVA-EB

Allgemeine Klasse SKL

Hausarzt _____

Bezugsperson

Familienname
Vorname
Telefonnummer

Erwachsenenvertreter*in

Patienten*innenverfügung/
Vorsorgevollmacht

Situation VOR Akuterkrankung

Wohnen

ALLEINE FAMILIE PFLEGEHEIM u.ä. Einrichtungen
(betreutes Wohnen)

Mobilität

Selbstständig mit Hilfsperson mit Hilfsmittel _____
 mit Rollstuhl immobil

Betreuung

keine Nötig Soz. Dienste 24h Betreuung

Pflegegeld

JA NEIN

Wenn ja, Pflegestufe: _____

Aufnahmegrund/Hauptdiagnose

Nebendiagnose

Ziel der Behandlung

OP geplant JA NEIN erlaubte Belastung bei Teilbelastung – wie lange?

OP DATUM: _____ erlaubtes Bewegungsausmaß (aktiv, passiv wie lange?)

Operierende / Zuweisende Institution / Krankenhaus / Hausarzt

OP-Art(en), Implantiertes Material

Gips, Cast, Fixateur, Mieder etc.?

JA NEIN

Wenn ja welches: _____ Tragedauer: _____

funktionelle Nachbehandlung möglich (darf zum Üben Gips, Cast etc. abgenommen werden?)

JA NEIN

Belastbarkeit der Fraktur: _____ kg *Dauer der Einschränkung:* _____

Aktuelle Infektionen

keine bekannt Clostridien MRGN MRSA VRE ANDERE
 ISOLIERBEDARF

Reha-Antrag gestellt

JA NEIN

Derzeitige Situation PATIENT*IN

Komplikation

Nein Wundheilungsstörungen Kontrakturen Sonstige

Sonde/Stoma

Nein Tracheostoma PEG Colostoma

Blasenkatheter

Nein Transurethral Suprapubisch

Neurophysiologische Störung

Nein Hemiplegie/-parese Aphasie Sonstige

Bereits mobilisiert

mit Hilfsmittel ohne Hilfsmittel Wegstrecke ___km

selbstständig mit Begleitung

Sehen

Unbeeinträchtigt Beeinträchtigt

Gehör

Unbeeinträchtigt Beeinträchtigt

Orientierung zu Ort und Umgebung

Vollständig gegeben Zeitweise gestört Tagelang wesentlich gestört

Verhalten

Ruhig Unruhig Unruhig, vor allem nachts

Vorliegen einer gemeldeten Freiheitsbeschränkung

Ja Nein

Wenn ja, Welche: _____

Mitwirkung bei Therapie u. Pflege

Entwickelt Eigeninitiative Aktiv bei Aufforderung Passiv Unwillig

Cardio-pulmonale Belastbarkeit

Keine Einschränkung Leichte Einschränkung Wesentliche Einschränkung

Barthel-Index (ADL)

Punktezahl _____

Essen

- Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck ¹⁰
- Benötigt Hilfe, z.B.: beim Schneiden ⁰⁵
- Völlig hilfsbedürftig ⁰⁰

Toilette

- Unabhängig ¹⁰
- Benötigt teilweise Hilfe ⁰⁵
- Völlig hilfsbedürftig ⁰⁰

Waschen und Körperpflege

- Selbstständig ⁰⁵
- Benötigt Hilfe ⁰⁰

Baden und Duschen

- Unabhängig bei Voll- und Duschbad ⁰⁵
- Nicht selbstständig ⁰⁰

Ankleiden

- Völlig Unabhängig ¹⁰
- Benötigt teilweise Hilfe ⁰⁵
- Völlig hilfsbedürftig ⁰⁰

Stuhlkontrolle

- Kontinent ¹⁰
- Teilweise inkontinent ⁰⁵
- Inkontinent ⁰⁰

Harnkontrolle

- Kontinent ¹⁰
- Teilweise inkontinent ⁰⁵
- Inkontinent ⁰⁰

Bett-/Stuhltransfer

- Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) ¹⁵
- Minimale Assistenz/ Supervision erforderlich ¹⁰
- Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer ⁰⁵
- Bettlägerig ⁰⁰

Bewegung

- Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) ¹⁵
- Gehen mit Unterstützung mindestens 50m ¹⁰
- Für Rollstuhlfahrer Unabhängig für mindestens 50m ⁰⁵
- Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl) ⁰⁰

Treppensteigen

- Unabhängig (auch mit Gehhilfe) ¹⁰
- Braucht Hilfe oder Supervision ⁰⁵
- kann nicht Treppensteigen ⁰⁰

Wunschtermin Aufnahme RNS:

Voraussichtlicher Entlassungstermin:

Weitere Versorgung:

wie zuvor geplant unklar

Zuweisendes Krankenhaus/Abteilung/Kontaktperson/Telefon

Bei Verschlechterung des AZ und einer notwendigen akuten Therapie, wird die/der Patient an den zuweisenden Bereich zurücktransferiert.

Patienten dürfen vor der Aufnahme auf der RNS Station nicht entlassen werden, sie müssen zutransferiert werden.

Der Patient muss am Aufnahmetag bis spätestens 11:00 Uhr eingetroffen sein

.....
Datum

.....
Stempel/Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Eingelangt am: _____

Beurteilung am: _____

Ja Aufnahme am: _____

Nein Begründung: _____