

**LKH Rottenmann-Bad-Aussee**

**Standort Rottenmann**

Lehrkrankenhaus der  
Medizinischen Universität Graz

**Abteilung für Innere Medizin**

**Prim. Dr. Reinhard Doppler**  
Vorstand

LKH Rottenmann-Bad Aussee, Standort Rottenmann, St. Georgen 2-4, 8786 Rottenmann

Für telefonische Rückfragen: Montag bis Freitag, 10:00 bis 12:00 Uhr

**Anmeldung für die RNS-Station  
am LKH Rottenmann**

T +43 3614 2431-2390  
rns.roa@kages.at

**DaMe KAGES156**

Datum der Anmeldung:

Patienten-Daten (Blockschrift oder Etikette)

Familiennamen:

Vorname:

Straße, Hausnr.:

SVNr.:

**Bezugsperson:**

Name:

TelefonNr.:

- Erwachsenenvertreter
- Patientenverfügung/  
Vorsorgevollmacht

TelefonNr.:

Allg. Klasse  Sonderklasse

Hausarzt:

ZIEL der Behandlung: \_\_\_\_\_

Diagnosen der Akuterkrankung:

.....  
.....  
.....

Nebendiagnosen:

.....  
.....  
.....

<p>OP-Datum:</p> <p>Erlaubte Belastung der Fraktur:</p> <p><input type="checkbox"/> Orthese <input type="checkbox"/> Mieder <input type="checkbox"/> Fixateur <input type="checkbox"/> Gips</p> <p>Wenn ja, wie lange?</p> <p>Mobilität:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Selbstständig</li> <li><input type="radio"/> Mit Hilfsmittel (.....)</li> <li><input type="radio"/> Mit Hilfspersonal</li> <li><input type="radio"/> Immobil</li> </ul>	<p><b>Situation VOR Aufnahme in die Akutbehandlung:</b></p> <p>Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Alleinlebend</li> <li><input type="radio"/> Familiäre Unterstützung</li> <li><input type="radio"/> Mobile Hilfsdienste</li> <li><input type="radio"/> 24h-Pflege</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges: .....</li> <li><input type="radio"/> Pflegeheim <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Übergangspflege</li> <li><input type="radio"/> Fixplatz</li> </ul> </li> </ul> <p>Weitere Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Wie zuvor</li> <li><input type="radio"/> Geplant</li> <li><input type="radio"/> Unklar</li> </ul>
---	--

Bei fehlendem Remobilisations-Potenzial oder Verschlechterung des AZ und einer notwendigen akuten Therapie wird der/die Patient/In an den zuweisenden Bereich zurücktransferiert.  
Patient/Innen dürfen vor der Aufnahme auf der RNS-Station NICHT entlassen werden, sie müssen zutransferiert werden! Einzige Ausnahme: Dialyse-Patient/Innen.  
Patient/Innen muss am Aufnahmetag bis spätestens 10 Uhr eingetroffen sein!

**Derzeitige Situation des Patienten – bitte zutreffend ankreuzen**

<p><b>Sonde/Stoma</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Tracheostoma</li> <li><input type="radio"/> PEG</li> <li><input type="radio"/> Colo-/Ileostoma</li> </ul> <p><b>Blasenkatheter</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Transurethral, CH _____, seit _____</li> <li><input type="radio"/> Suprapubisch</li> </ul> <p><b>Neurophys. Störungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Hemiplegie/-parese</li> <li><input type="radio"/> Aphasie</li> <li><input type="radio"/> Sonstiges:</li> </ul> <p><b>Bereits mobilisiert</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Mit Hilfsmittel: _____</li> <li><input type="radio"/> Ohne Hilfsmittel</li> <li><input type="radio"/> Wegstrecke: _____</li> </ul> <p><b>Sehen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unbeeinträchtigt</li> <li><input type="radio"/> Beeinträchtigt</li> </ul> <p><b>Gehör</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unbeeinträchtigt</li> <li><input type="radio"/> Beeinträchtigt</li> </ul> <p><b>Verbände</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ulcera/chronische Wunden</li> <li><input type="radio"/> VAC</li> </ul>	<p><b>Cardio-pulmonale Belastbarkeit</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Keine Einschränkung</li> <li><input type="radio"/> Leichte Einschränkung</li> <li><input type="radio"/> Wesentliche Einschränkung</li> <li><input type="radio"/> O2 ____l</li> </ul> <p><b>Orientierung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Vollständig gegeben</li> <li><input type="radio"/> Zeitweise gestört</li> <li><input type="radio"/> Tagelang wesentlich gestört</li> <li><input type="radio"/> Demenz</li> <li><input type="radio"/> Bekannte Demenz</li> </ul> <p><b>Verhalten</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Ruhig</li> <li><input type="radio"/> Unruhig</li> <li><input type="radio"/> Unruhig, vor allem nachts</li> </ul> <p><b>Mitwirkung bei der Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Entwickelt Eigeninitiative</li> <li><input type="radio"/> Aktiv bei Aufforderung</li> <li><input type="radio"/> Passiv</li> <li><input type="radio"/> Unwillig</li> <li><input type="radio"/> Motivation gegeben</li> </ul> <p><b>Hämodialyse</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Nein</li> <li><input type="radio"/> Wochentage: _____</li> <li><input type="radio"/> Wo? _____</li> <li><input type="radio"/> Shunt</li> <li><input type="radio"/> Permcath</li> </ul>
---	---

**Derzeitiger Barthel-Index (ADL), Punktezahl:**

<p><b>Essen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Benötigt Hilfe, z.B. beim Schneiden <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Völlig hilfsbedürftig <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Waschen und Körperpflege</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Selbstständig <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Benötigt Hilfe <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Baden und Duschen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unabhängig bei Voll- und Duschbad <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Nicht selbstständig <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Ankleiden</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Völlig unabhängig <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Benötigt teilweise Hilfe <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Völlig hilfsbedürftig <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Stuhlkontrolle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Kontinent <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Teilweise inkontinent <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Inkontinent <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Harnkontrolle</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Kontinent <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Teilweise inkontinent <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Inkontinent <sup>00</sup></li> </ul>	<p><b>Toilette</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unabhängig <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Braucht tlw. Hilfe <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Kann Toilette nicht benutzen <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Bett-/Stuhltransfer</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer) <sup>15</sup></li> <li><input type="radio"/> Minimale Assistenz <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Bettlägrig <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Bewegung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) mind. 50m <sup>15</sup></li> <li><input type="radio"/> Gehen mit Unterstützung mind. 50m <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mind. 50m <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl) <sup>00</sup></li> </ul> <p><b>Treppensteigen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="radio"/> Unabhängig (auch mit Gehhilfe) <sup>10</sup></li> <li><input type="radio"/> Braucht Hilfe oder Superversion <sup>05</sup></li> <li><input type="radio"/> Kann nicht Treppensteigen <sup>00</sup></li> </ul>
--	---

Zuweiser-Daten:

.....  
Datum

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