

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"> <input type="radio"/> Selbstständig <input type="radio"/> Mit Hilfsmittel (.....) <input type="radio"/> Mit Hilfspersonal <input type="radio"/> Immobil 	<p>Situation VOR Aufnahme in die Akutbehandlung:</p> <p>Betreuung</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Alleinlebend <input type="radio"/> Familiäre Unterstützung <input type="radio"/> Mobile Hilfsdienste <input type="radio"/> 24h-Pflege <input type="radio"/> Sonstiges: <input type="radio"/> Pflegeheim <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Übergangspflege <input type="radio"/> Fixplatz <p>Weitere Versorgung:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Wie zuvor <input type="radio"/> Geplant <input type="radio"/> Unklar
---	--

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

Derzeitiger Barthel-Index (ADL), Punktezahl:

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

Zuweiser-Daten:

.....
Datum

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