

ANMELDEBLATT RNS-STATION

Landeskrankenhaus Südweststeiermark
Standort Bad Radkersburg

Terminplanung/Bettenvergabe:

Stationsleitung: DGKP Verena Schittegg, BSc

Entlassungskoordination: DGKP Maria Fröhlich

☎ (03476 2401) 3431

✉ rns.bra.sws@kages.at

☎ (03476 2401) 3402

DaMe-Nummer: KAGES165

Für telefonische Rückfragen: Montag bis Freitag

08:00 bis 14:30 Uhr

Persönliche Daten (Blockschrift oder Etikette)

Familienname

Vorname

Telefonnummer

PLZ, Ort

Straße, Hausnummer

SVNr.

Geb. Datum

Selbstversichert ☐ JA ☐ NEIN

Bezugsperson

Familienname

Vorname

Telefonnummer

☐ Erwachsenenvertreter*in

☐ Patienten*innenverfügung/
Vorsorgevollmacht

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

☐ Allgemeine Klasse ☐ SKL

Hausarzt _____

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

Die folgenden Punkte sind ordnungsgemäß und vollständig auszufüllen:

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

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

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 Bewegungsausmaß: _____

Belastbarkeit der Fraktur/

_____ kg

des operierten/ konservativen Bereiches

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 ____m

☐ 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

Die Aufenthaltsdauer wird vom interdisziplinären Team individuell festgelegt und beträgt maximal 28 Tage.

Für geplante orthopädische Eingriffe (z.B. nach Totalendoprothesen) ist eine Aufenthaltsdauer von 14 Tagen vorgesehen. Abhängig vom Zustand des Patienten bzw. der Patientin kann diese jedoch auf bis zu 21 bzw. 28 Tage verlängert werden.