

## Anmeldung zur stationären Behandlung / Rehabilitation in der Clinic Bad Ragaz

(Vom behandelnden Arzt auszufüllen)

|               |                    |
|---------------|--------------------|
| Name _____    | Telefon _____      |
| Vorname _____ | E-Mail _____       |
| Strasse _____ | Geburtsdatum _____ |
| PLZ/Ort _____ | Nationalität _____ |
| Land _____    | Geschlecht _____   |

## Fragen an zuweisende/n Ärztin / Arzt bzw. zuweisendes Spital

Für den oben genannten Patienten besteht ein stationärer Rehabilitationsbedarf aus folgenden Gründen.

### Zuweisungsgrund

Krankheit      Unfall

### a) Diagnose / etwaige Nebendiagnose

(Bitte medizinische Berichte beilegen)

### Funktionsdefizit

b) Operations- / Unfalldatum \_\_\_\_\_

c) Begleiterkrankungen

2. Voraussichtlicher Behandlungsbeginn \_\_\_\_\_

3. Gewünschte Aufenthaltsdauer \_\_\_\_\_

4. Aufenthalt vor Rehabeginn

Spital      zu Hause

5. Medikamente

Nein      Ja (Wenn ja, bitte Medikamentenliste mitschicken.)

Zuweisende/n Ärztin / Arzt bzw. zuweisendes Spital

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_ Ort/Datum \_\_\_\_\_

Stempel

## Erhebung des Patientenzustandes

Name/Vorname \_\_\_\_\_

Grösse \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Gewicht \_\_\_\_\_

### Mobilisation

bettlägrig bzw. Bettruhe

braucht Hilfe beim Aufsitzen / Gehen

selbstständig mit Hilfe

mit Rollator mit AUG mit Rollstuhl

Transfer:

selbstständig mit 1 Person mit 2 Personen

### Körperpflege

Ganzwäsche im Bett durch Hilfsperson

Körperpflege durch Hilfsperson (Lavabo)

Körperpflege mit geringer Unterstützung

Körperpflege selbstständig möglich

braucht Hilfe beim An- und Auskleiden

### Ausscheidung / Toilette

Urinableitung/Katheter

Stuhlableitung/Stoma

Welches Material?

Kolostoma Nephrostoma Ileostoma

Urin oder Stuhlinkontinenz

Ausscheidung mit Hilfe Topf / Urinflasche

Nachtstuhl / WC mit Hilfsperson

WC-Benützung allein möglich

### Orientierung

stark desorientiert, braucht dauernde Überwachung  
(hohe Weglauftendenz)

desorientiert, braucht viel Überwachung  
(geringe Weglauftendenz)

desorientiert, braucht Supervision  
(ohne Weglauftendenz)

leichte, aber alltagsrelevante

Orientierungsstörung

zeitlich, örtlich und autopsychisch orientiert

### Soziale Interaktion

unkooperativ/distanzlos/zurückgezogen

sehr häufig öfters zeitweise selten

normale soziale Interaktion

### Ernährung

Sonde / Parenterale Ernährung

Welche Ernährung?

transnasale Sonde PEG Sonde

einlöffeln / hohe Aspirationsgefahr

isst teilweise allein / braucht immer Hilfe

isst völlig selbstständig

### Verständigung

keine Verständigung möglich

teilweise Verständigung möglich,

sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt

teilweise Verständigung möglich,

sozialer Kontakt mittelschwer beeinträchtigt

genügende Verständigung,

aber sozialer Kontakt leicht beeinträchtigt

sozialer Kontakt schwer beeinträchtigt

### Psyche

Aggressivität, Euphorie, Depression, Apathie, Unruhe

stark mittelschwer leicht

Stimmungslabilität

adäquates Verhalten und Psyche

### Besonderes

Infusion/PIC/ZVK/Port Wunde/Dekubitus

Tracheostoma Dialyse/Peritonealdialys

Sauerstoff

Spezielle Medikamente \_\_\_\_\_

(Bitte Kopie der aktuellsten Medikamentenliste  
beilegen)

Bemerkungen

Ort/Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift/Stempel \_\_\_\_\_