



Privat-Klinik Im Park
Ärztliche Leitung
Postfach 67
5116 Schinznach-Bad

Anmeldung zur stationären Behandlung/Rehabilitation

(vom einweisenden Arzt auszufüllen)

Gewünschter Eintrittstermin:	<input type="checkbox"/> neurologisch
Vorgesehene Aufenthaltsdauer: _____ Wochen	<input type="checkbox"/> orthopädisch / rheumatologisch <input type="checkbox"/> internistisch, etc.

<input type="checkbox"/> Herr <input type="checkbox"/> Frau:	Name:
Geburtsdatum:	Vorname:
Strasse:	PLZ/Ort:
Telefon-Nr.:	Zivilstand:
Kostenträger/Sektion:	Mitglieder-/Policen-Nr.:

Gewünschte Abteilung:	<input type="checkbox"/> privat (Einerzimmer)	<input type="checkbox"/> halbprivat (Zweierzimmer)	<input type="checkbox"/> allgemein (Dreierzimmer)
-----------------------	--	---	--

Einweisungsdiagnose:	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall
Nebendiagnose:	
Medikamente / Bisherige Therapien:	

Fortsetzung Rückseite

Pflege- und Betreuungsbedürftigkeit von:

Patient:

Durch Pflege auszufüllen:

<p>Orientierung:</p> <p><input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> desorientiert</p>	<p>Verständigung:</p> <p><input type="checkbox"/> möglich <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> nicht möglich</p>	<p>Verhalten:</p> <p><input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> sehr unruhig <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> benötigt Sitzwache <input type="checkbox"/> benötigt Bettgitter <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/></p>	<p>Motivation:</p> <p><input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> wenig <input type="checkbox"/> fehlt</p>															
<p>Ernährung:</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilselbständig <input type="checkbox"/> Supervision <input type="checkbox"/> Schluckstörungen <input type="checkbox"/> PEG Sonde <input type="checkbox"/> nasogastr. Sonde <input type="checkbox"/> Weichkost <input type="checkbox"/> pürierte Kost <input type="checkbox"/> Diät <input type="checkbox"/></p>	<p>Körperpflege:</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> teilselbständig <input type="checkbox"/> unselbständig <input type="checkbox"/> braucht Hilfe beim An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> Zeitaufwand für die Wundversorgung <input type="checkbox"/></p>	<p>Urin:</p> <p><input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Dauerkatheter</p>	<p>Stuhl:</p> <p><input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Anus praeter</p>															
<p>Fortbewegung:</p> <p><input type="checkbox"/> selbständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe gehfähig <input type="checkbox"/> Gehstöcke <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehböckli <input type="checkbox"/> Eulenburger <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/></p>	<p>Behinderung:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">ja</td> <td style="text-align: center;">nein</td> </tr> <tr> <td>Sehbehindert</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Hörbehindert</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Sensibilitäts-Störungen</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andere</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>		ja	nein	Sehbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hörbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sensibilitäts-Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<p>Sucht:</p> <p><input type="checkbox"/> keine bekannt <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Medikamente</p>	<p>Transport/Reise:</p> <p><input type="checkbox"/> PKW <input type="checkbox"/> Rollstuhlauto <input type="checkbox"/> Liegend Transport <input type="checkbox"/> Ambulanz</p>
	ja	nein																
Sehbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Hörbehindert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Sensibilitäts-Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																
Andere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																

Ergänzende Bemerkungen:

Beurteilende Pflegefachperson:

Tel Nr.

Ort und Datum:

Einweisendes Spital / Arzt