**Klinik Medizin/ Geriatrie**

**anmeldung geriatrische akutrehabilitation**

Sekretariat Medizin

Telefon 041 666 40 56

medizin@ksow.ch

**Bei Einwohnern des Kantons Luzern muss eine Kostengutsprache für die Behandlungsmassnahme**

**CHOP 93.89.9 das Kantonsarztes Luzern vorliegen. Diese ist vom anmeldenden Spital einzuholen.**

**Kriterien für die stationäre geriatrische Akutrehabilitation:**

* Alter des Patienten ≥ 75Jahre (gemäss Jahrgang)
* Die Anmeldung zur geriatrischen Akutrehabilitation erfolgt in den ersten 7 Tagen nach Hospitalisation
* PatientIn kann nach der stationären Akutrehabilitation wieder in die ehemaligen Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren
* PatientIn hat funktionelle Beeinträchtigungen, die mit einer geriatrischen Akutrehabilitation potentiell verbessert werden können
* Die geriatrietypische Multimorbidität ist ausgewiesen (siehe Blatt 2, mindestens 3 erfüllt)
* Die Einverständniserklärung des Patienten oder seiner Angehörigen für eine Verlegung liegt vor.

**Generelle Ausschlusskriterien:**

* Instabile Patienten mit Bedarf an Intensivmedizinischer Betreuung, Zentrumsspital
* Spezielle Therapien: Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse, ZVK
* Verbände, Zugänge und Drainagen, die die Mobilität verhindern
* Belastungseinschränkungen, die der Patient nicht umsetzen kann
* Mittelschwere bis Schwere Demenz mit Bedarf an ständiger Betreuung und Aufsicht
* Bei einem Barthelindex <50Pkt. ist die Beeinträchtigung zu gering und eine geriatrische Akutrehabilitation nicht mehr gerechtfertigt

**Die oben genannten Kriterien sind geprüft, erfüllt bzw. nicht zutreffend.**

**Nur vollständige Anmeldungen können berücksichtigt werden!**

|  |
| --- |
| **Personalien** |
| Name:       | Vorname:       |
| Geburtsdatum:       | Tel. Privat/Geschäft:       |
| Strasse:       | PLZ/Ort:             |
| Krankenkasse:      Versicherungsklasse:       | Policen-Nr.:       |

|  |
| --- |
| **Zuweiser:** |
| Zuweisender Arzt:      Ansprechperson im Spital:      Datum des Spitaleintrittes:       |  Hausarzt:       |

|  |
| --- |
| **Zuweisungsgrund:**  |
| (Gründe für die Verlegung, aktuelle Defizite, Auftrag an die geriatrische Akutrehabilitation beschrieben)      |
| **Hauptdiagnose (gemäss ICD 10):**      **Medikamente oral und i.v. / Zugänge / Verbände und Drainagen:**      |

|  |
| --- |
| **Geriatrische Multimorbidität (relevante Begleiterkrankung/ Probleme):**  |

|  |  |
| --- | --- |
|  | mit Vorliegen von mindestens 3 der nachfolgendend aufgeführten geriatrischen Syndrome: |
| [ ]  | Kognitive Einschränkungen (Beeinträchtigung der kognitiven Leistungen, die über das nach Alter und Bildung des Betroffenen Normale hinausgeht), insbesondere abklingendes Delir |
| [ ]  | Immobilität oder Sturzneigung oder Schwindel |
| [ ]  | Inkontinenz von Urin und /oder Stuhl |
| [ ]  | Malnutrition und Sarkopenie |
| [ ]  | Hinweise auf Depression oder Angststörung |
| [ ]  | Alltagsrelevante Sehbehinderung und/oder alltagsrelevante Schwerhörigkeit |
| [ ]  | Chronische Schmerzsymptomatik |
| [ ]  | Medikationsprobleme bei (mehr als 5 Medikamenten) und/oder Non-Compliance |
| [ ]  | Psychosoziales Problem |

**Barthelindex:**      Punkte

**Hilfebedarf bei:**

[ ]  Aufstehen, Gehen, Transfer

[ ]  An-/ Auskleiden

[ ]  Essen

[ ]  Toilette

**Einverständnis des Patienten für Verlegung:**

[ ]  Liegt von Patient vor

[ ]  Liegt von Bezugsperson/Angehörigen vor. Name:       Telefon:

**Weitere Diagnosen / Bemerkungen:**

Ort und Datum:       zuständiger Arzt/Stempel:

Vollständige und korrekte Anmeldungen werden innerhalb von 48 Stunden durch den verantwortlichen Arzt am KSOW geprüft. Der verantwortliche Arzt teilt in Absprache mit der Bettendisposition des Kantonsspitals Obwalden, Tel. 041 666 42 59 den Verlegungstermin mit.