

ANMELDUNG ZUR AKUTGERIATRIE/REMOBILISATION (AG/R) IM GÖTTLICHER HEILAND KRANKENHAUS

AG/R - Was ist das?

Bei der AG/R liegt das Hauptaugenmerk darauf, ältere Menschen im Rahmen von schweren Erkrankungen oder nach Operationen durch eine spezielle Therapie und aktivierende Pflege mit Hilfe eines interdisziplinären Teams auf den Wiedereinstieg in das gewohnte Umfeld vorzubereiten. Ziele der AG/R sind daher die Behandlung der akuten Erkrankung, die Wiederherstellung und Erhaltung der Fähigkeiten zur weitgehend selbständigen Lebensführung, die Vermeidung weiterer Funktionsverluste und somit die Erhöhung der Lebensqualität.

1. Welche Patienten werden aufgenommen?

Aufnahmekriterien:

- Höheres Alter (über 65 Jahre)
- Remobilisationsbedarf nach schweren Erkrankungen
- Funktionseinschränkungen bei Mobilität und Verrichtung täglicher Tätigkeiten im Rahmen der akuten Erkrankungen
- Verzögerter Heilungsverlauf
- Kurz zurückliegende OP (z.B. Bewegungsapparat, Abdomen etc.) – ab dem 10. postoperativen Tag

Ausschlusskriterien:

- **Intensivstationspflichtige Erkrankungen** → **Akut-/Intensivstation**
- **Terminale Erkrankung** → **Palliativstation**
- **Terminales Karzinom** → **Palliativstation**
- **schwere Demenz oder psychiatrische Grunderkrankung**
→ **Gerontopsychatrie, Pflegeheim**
- **Dialysepflichtige Patienten**
- **Erkrankungen, bei denen eine Mobilisierung nicht möglich oder erlaubt ist (z.B. Spondylodiscitis mit Bettruhe...)**
- **Patienten, bei denen eine Reintegration in das gewohnte Umfeld in max. 3 Wochen nicht möglich ist**
→ **Kurzzeitpflege, befristete Pflege oder Urlaubsbett**
- **Ungesichertes soziales Umfeld**
- **Stabiler Pflegepatient, der nur auf einen Pflegeheimplatz wartet**
- **Kein Remobilisationspotential vorhanden, nur pflegerische Versorgung vonnöten**
- **Fehlende Mitarbeit des Patienten**

Weitere Voraussetzungen zur Aufnahme auf eine AG/R-Station:

- Der Patient muss über Ziel und Zweck der Akutgeriatrie/ Remobilisation (rehabilitatives Training und aktivierende Pflege) informiert sein.
- Motivation und Einverständnis des Patienten für eine **aktive** Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege müssen gegeben sein.
- Vor dem Aufenthalt sollten Patient und Angehörige durch die zutransferierende Institution bereits darüber informiert werden, dass die Aufenthaltsdauer auf der Akutgeriatrie/ Remobilisation **2 bis max. 3 Wochen** ist.
- Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung (ev. auch inkl. sozialer Dienste) bzw. ins Pensionistenheim/ Appartement möglich sein.
- Bei einem vorauszusehenden längeren Aufenthalt (> 3 Wochen) muss im Vorfeld Kontakt mit der AG/R aufgenommen werden, um eine Weiterbetreuung abzusprechen (Kurzzeitpflege, Urlaubsbett, befristete Pflege, 24-h-Pflege zu Hause, Übergangspflege...).

**Wir bitten um genaues Ausfüllen des Anmeldeformulars,
da wir auf diese Informationen angewiesen sind, um festzustellen,
ob der Patient für die AG/R geeignet ist.**

Mit bestem Dank für die Kenntnissnahme und auf weitere gute Zusammenarbeit!
OA Dr. Wehrmann und die Teams der AG/R-Stationen

Telefon der AG/R-Bettenvergabe im Göttlicher Heiland Krankenhaus:

- **Tel.: 01/ 40088 - 9140 (09:00 – 12:00 Uhr)**
- **E-Mail: AGR-Anmeldung@khgh.at**
- **Fax: 01/ 59988 - 4410095**

2. Leitfaden zum Ausfüllen der Faxanmeldung (siehe Dokument im Anhang)

- Faxanmeldung bitte **durch Arzt UND Pflegeperson ausfüllen**
- **Patientenetikette** lesbar anbringen (wichtig: Geburtsdatum)
- **Klinik/Station:** bitte genaue Stationsbezeichnung inkl. Telefonnummer der Station und Faxdurchwahl angeben
- **AG/R Ziel:** Zielsetzung des Aufenthalts (z.B: Verbesserung der Gangsicherheit, Verlängerung der Gehstrecke, Apartmentfähigkeit etc.) angeben
- **Derzeitige Medikation:** UNBEDINGT angeben bzw. entsprechende Unterlagen mitfaxen
- **Mobilität:**
 - o mögliche Gehstrecke: in Meter angeben
 - o dafür benötigte Hilfsmittel angeben: Hilfe von 1PP / 2PP, Rollator, Krücken,...
- **Decubitus / Ulcera / Wundheilungsstörung:** UNBEDINGT ausfüllen (Pflegeperson)
- **Wohnsituation:**
 - o **Vertrauens- bzw. Betreuungsperson UNBEDINGT mit Telefonnummer** anführen (oftmals bereits im Vorfeld Kontaktaufnahme erforderlich)
 - o Angabe, falls Patient alleine wohnt, keine sozialen Kontakte hat...
- **Bisherige Hilfsdienste:** wenn möglich - bitte genau ausfüllen (z.B. 3xtgl. HH, private Bedienerin...)
- **Rehab. eingereicht:**
 - o Datum der Einreichung angeben
 - o bei Einreichung von Kurzzeitpflege: bitte Datum und Organisation angeben
- **Kontaktpersonen:** für eventuelle medizinische oder pflegerische Fragen
 - o Arzt: Name und Durchwahl anführen
 - o Stationsleitung: Name und Durchwahl anführen

3. Ablauf nach der Anmeldung zur Akutgeriatrie/Remobilisation

- Faxanmeldungen werden nach Eingangsdatum bearbeitet
- Besprechung der Patienten durch das Team der AG/R
- Bei offenen Fragen: Rückruf durch AG/R – Mitarbeiter
- **Bestätigter Aufnahmetermin wird an angegebene Faxnummer gefaxt! (bitte darauf achten, welche Faxnummer angegeben wird, damit Antwortfax nicht verloren geht)**

4. Allgemeines

- Möglichkeit der Angabe eines Aufnahme-Wunschtermins auf dem Anmeldefax (z.B.: „Übernahme ab TT.MM. möglich“)
- **SKL-Patienten:** bitte so früh wie möglich anmelden, da nur 4 SKL-Betten zur Verfügung stehen (es kann zu Engpässen kommen).
- Wir bitten um Verständnis, dass Patienten abgesagt werden, wenn diese nicht für eine Aufnahme auf unserer Abteilung für Akutgeriatrie/ Remobilisation geeignet sind.

Mit bestem Dank für die Kenntnisnahme und auf weitere gute Zusammenarbeit!

OA Dr. Wehrmann und die Teams der AG/R-Stationen

Telefon der AG/R-Bettenvergabe: 01/ 40088 – 9140 (09:00 – 12:00 Uhr)
AGR-Anmeldung@khgh.at - Fax: 01/59988 - 4410095

Departmentleiter für Akutgeriatrie & Remobilisation: OA Dr. Andreas Wehrmann
AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 40088 9140 (Mo-Fr 9-12h)

Daten des Patienten:

Familiennamen:		Vorname:	
Versicherungsnummer:		Geburtsdatum:	
Sozialversicherungsträger:		Tel.:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:

Bezugsperson nach Entlassung (Name): _____ **Tel. o. E-Mail:** _____

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____

Station/ Abteilung: _____ **stationär seit:** _____

Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **FAX:** _____

Sonderklasse: **Allgemeine Klasse** (Übernahme, ab Datum): _____

Aufnahmegrund: _____

Ziel des AGR-Aufenthalts: _____

Diagnosen: _____

AKTUELLE MEDIKATIONSLISTE BEILEGEN!

Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden

OP-Art(en) Gips, Cast, Fixateur etc. _____ **OP Datum:** _____

Geplante Kontrollen: _____ Vollbelastung Teilbelastung (Dauer: _____)

Aktuelle Infektion: Clostridien MRGN MRSA keine bekannt

andere Infektionen: _____

Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.

Situation vor der Aufnahme:

Wohnen: privat Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen Pflegeheim Bettenstation

Einrichtung: _____ Einrichtung: _____

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht gehfähig bettlägerig seit: _____

Hilfsmittel ohne Hilfsmittel mit Hilfsmittel **Verwendete(s) Hilfsmittel:** _____

Gehstrecke vor KH-Aufenthalt ca. _____ Meter

Betreuung: keine nötig Soz. Dienste - wie oft: _____ 24h Betreuung

Angehörigenbetreuung vorhanden

Situation derzeit:

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht gehfähig bettlägerig seit: _____

ohne Hilfsmittel mit Hilfsmittel **Verwendete(s) Hilfsmittel:** _____

Gehstrecke derzeit ca. _____ Meter

Pflege: selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme

Haut: Dekubitus Sonstige Wunden - Lokalisation + Größe: _____

Sonstiges: (PEG-Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen o. ä.): _____

Mental: unauffällig desorientiert/ Delir Demenz Depression

Pflegegeld: Pflegegeld vorh. **PG-Stufe:** _____ Erhöhung beantragt Pflegegeld eingereicht

Anträge: Rehab. beantragt (Datum: _____) Pflegeheim beantragt (Datum: _____)

Geplante Entlassung: nach Hause ohne soziale Dienste soziale Dienste, Ausmaß: _____

Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen Pflegeheim Bettenstation

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.

Faxen/ senden Sie das Formular bitte an: 01/ 59988 - 4410095 oder per Mail an AGR-Anmeldung@khgh.at

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes oder Patienten

Zur besseren Lesbarkeit dieses Dokumentes wurde eine Geschlechtsform gewählt.