

AGR Anmeldung Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien

Daten Patient*in:

Familienname:		Vorname:	
Versicherungsnummer		Geburtsdatum:	
Sozialversicherungsträger:		Tel.:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:
Bezugsperson (Name):		Tel.:	

Daten Zuweiser*in:

Zuweiser*in (Krankenhaus/Abteilung):	Station:	Tel.:
Kontaktperson ärztlich:	Kontaktperson Pflege:	EM DW:
Allgemeinklasse ☐	Sonderklasse ☐	☐ 2-Bett ☐ 1-Bett
Übernahme: ☐ ab sofort ☐ ab Datum:		
Bezugsperson (Name):	Tel.:	

Aufnahmegrund: _____

☐ Im Falle einer OP - Datum:

Begleiterkrankungen: _____

Therapieziel: _____

☐ sauerstoffpflichtig ☐ aktuelle **Medikationsliste** beigelegt

Aktuelle Infektionen: Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken!

☐ Clostridien ☐ MRGN ☐ MRSA ☐ keine bekannten Infektionen

☐ Andere Infektionen: _____ Isolierpflichtig ☐ JA ☐ Nein

Wunde: nein ☐ ja ☐

wenn ja, dann bitte Heilungsverlauf beschreiben (VAC, Antibiose, Plast/Chirurgie., Maßnahmen...):

Situation vor der Aufnahme:

Wohn- und Betreuungs- situation	☐ selbstständig ☐ Pflegeheim	Mobilität	☐ ohne Hilfsmittel ☐ mit _____ Person/en
	☐ Familie ☐ betreutes Wohnen		☐ mit Rollator ☐ mit Krücken
	☐ 24h Pflege		☐ Gehstrecke ca. _____ Meter
	☐ Hilfsdienste _____		☐ nicht gehfähig ☐ bettlägerig seit: _____
	☐ (Intervall + Profession)		☐ sonstiges: _____
			☐ Sturzgeschehen <3 Monate: ☐ nein ☐ ja, am: _____

Derzeitige Situation:

Anträge	☐ Reha ☐ Pflegegeld vorhanden ☐ Pflegeheim ☐ PG-Stufe: ☐ Kurzzeitpflege gestellt am: ☐ Erhöhung beantragt am: ☐ PG-Erstantrag gestellt am:		
Mobilität	☐ Gehstrecke in M.: ☐ mit ___ Personen ☐ ohne Hilfsmittel: ☐ Hilfsmittel: ☐ nicht gehfähig ☐ Bettruhe bis: _____	Pflegebedarf	☐ selbstständig ☐ TKP mit Hilfe ☐ Vollständige Übernahme
		Sehen	☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ Blind
Motivation	☐ ausgeprägt ☐ motivierbar ☐ nicht vorhanden	Hören	☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ Hörgerät ☐ gehörlos
Demenz	☐ nein ☐ ja MMSE Punkte: _____	Orientierung	☐ Delir ☐ ja ☐ nein ☐ vollständig ☐ teilweise bitte um weitere Angaben: _____
Belastung nach OP:	☐ nicht relevant ☐ vollständig ☐ teilweise bis _____ kg / Grad ☐ volle Belastung ab: _____ Datum		
Hautdefekte	☐ Dekuitus ☐ Ulcus ☐ Wunde ☐ Größe: Lokalisation:		

Nach der Entlassung

Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach Aufenthalt	☐ ja ☐ nein
---	--

Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt

Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.

Wir weisen ebenfalls darauf hin: Sollte die*der Patient*in nicht den Anforderungen der AGR entsprechen, sehen wir uns leider gezwungen, die Patientin/den Patienten umgehend an Ihre Abteilung zurück zu transferieren!

DANKE, das Betreuungsteam der Akutgeriatrie!

Formular bitte an: **med2.wien@bhs.at**

AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 599 88 2107 (Mo - Fr 9-14h)

Datum

Unterschrift der
zuweisenden Ärztin*des
zuweisenden Arztes

BARTHEL INDEX		
Name:	Geb.Datum:	Alter:
Untersucht von:	Testdatum:	

Kriterien	Punkte
Essen - Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck - Braucht etwas Hilfe, z. B: Fleisch oder Brot schneiden - Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
Bett/(Roll-)Stuhltransfer - Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit - Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich - Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitzen selbstständig - Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	15 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
Waschen - Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen - Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten	5 ☐ 0 ☐
Toilettenbenutzung - Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung) - Benötigt Hilfe, z. B. wg. unzureichenden Gleichgewichts oder Kleidung / Reinigung - Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
Baden - Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit - Nicht selbstständig o. g. Tätigkeit	5 ☐ 0 ☐
Gehen bzw. Rollstuhlfahren auf Flurebene - Unabhängig beim Gehen > 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht aber Gehwagen - Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel > 50m gehen - Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken herum und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50m - Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	15 ☐ 10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
Treppensteigen - Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) - Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen - Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
An-/Auskleiden - Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett od. Bruchband) - Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeiten selbstständig durchführen - Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
Stuhlkontrolle - Ständig kontinent - Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Woche - Häufiger/ständig inkontinent	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐
Urinkontrolle - Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix - Gelegentlich inkontinent, max. 1x/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung - Häufiger/ständig inkontinent	10 ☐ 5 ☐ 0 ☐

Einschlusskriterien (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| > 65. Lebensjahr | ☐ ja | ☐ nein |
| Drohende oder neu eingetretene Einschränkung der Selbstständigkeit | ☐ ja | ☐ nein |
| Realistische Perspektive auf Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme. | ☐ ja | ☐ nein |
| Nach dem Aufenthalt soll eine Entlassung in die Privatwohnung bzw. in die vorbestehende Pflegeeinrichtung gewährleistet sein. | ☐ ja | ☐ nein |
| Ist eine Entlassung nach Hause innerhalb von 3 Wochen nach AGR Übernahme nicht möglich, muss die Weiterversorgung (z.B. Kurzzeitpflege, befristete Pflege, 24h Pflege, ...) bereits vor der Transferierung eingeleitet worden sein. | ☐ ja | ☐ nein |
-

Ausschlusskriterien (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| Aktive Infektionserkrankungen (z.B. Covid-19 Infektion, Influenza, Pneumonie) | ☐ ja | ☐ nein |
| Immobilität und fehlendes Remob-Potential | ☐ ja | ☐ nein |
| VAC Versorgung | ☐ ja | ☐ nein |
| Aktuell laufende Dialyse, laufende Strahlentherapie | ☐ ja | ☐ nein |
| Terminale Erkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Akute Erkrankung, die die Patientin*den Patienten nicht rehabilitieren lässt (akuter Herzinfarkt, Lungenembolie, akuter Schlaganfall etc.) | ☐ ja | ☐ nein |
| Pflegepatient*in (Pat. für PH/ Übergangspflege/ Kurzzeitpflege angemeldet) | ☐ ja | ☐ nein |
| Fortgeschrittene Demenz oder schwere geriatrische/psychiatrische Grunderkrankung | ☐ ja | ☐ nein |
| Akute psychiatrische Erkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand) | ☐ ja | ☐ nein |
| Intensivstationspflichtige Erkrankung | ☐ ja | ☐ nein |

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

- ☐ Patient*in muss über Ziel und Zweck der Akutgeriatrie/ Remobilisation informiert und mit der Aufnahme einverstanden sein.
- ☐ Motivation und Einverständnis für eine **aktive** Mitarbeit am rehabilitativen Training und der aktivierenden Pflege müssen gegeben sein.
- ☐ Vor dem Aufenthalt sollten Patient*innen und Angehörige durch die zutransferierende Institution bereits darüber informiert werden, dass die Aufenthaltsdauer auf der Akutgeriatrie/ Remobilisation 3 Wochen beträgt.
- ☐ Nach dem Aufenthalt sollte eine Entlassung in die Privatwohnung möglich sein.

Datum

**Unterschrift der
zuweisenden Ärztin*des
zuweisenden Arztes**

Einwilligung zur Verarbeitung personenbezogener Daten

Ich stimme zu, dass die im Formular „Ansuchen zur Übernahme/Aufnahme Akutgeriatrie/Remob“ angegebenen persönlichen Daten durch die Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft m.b.H. zum Zweck der Abwicklung meiner Anfrage verarbeitet werden. Diese Zustimmung kann jederzeit mittels Brief an den*die Datenschutzkoordinator* des Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft m.b.H, Stumpergasse 13, 1060 Wien oder per E-Mail an datenschutz@bhs.at widerrufen werden, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird.

Information gemäß Art 13 DSGVO

Für die Verarbeitung Verantwortlicher ist die Krankenhaus der Barmherzigen Schwestern Wien Betriebsgesellschaft m.b.H., vertreten durch Thomas Pavék, Geschäftsführerin, Stumpergasse 13, 1060 Wien. Datenschutzbeauftragter ist Mag. Siegfried Gruber (O.P.P.); E-Mail: datenschutz@bhs.at. Personenbezogene Daten, die für den obigen Zweck verarbeitet werden, werden für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungspflicht gespeichert und von uns nicht weitergegeben. Die Bekanntgabe der personenbezogenen Daten ist gesetzlich nicht vorgeschrieben.

Als betroffene Person haben Sie das Recht auf Auskunft. Sollten Sie der Meinung sein, dass Daten, die Sie betreffen, falsch oder unvollständig sind, haben Sie das Recht Berichtigung bzw. Ergänzung zu verlangen. Zudem steht Ihnen für Daten, die Ihrer Meinung nach zu Unrecht verarbeitet werden, das Recht zu, eine Löschung zu verlangen (soweit unsererseits kein Recht oder keine Pflicht zur weiteren Verarbeitung dieser Daten besteht, werden wir einem entsprechenden Antrag unverzüglich Folge leisten). Weiters steht Ihnen das Recht zu, die Einschränkung der Verarbeitung zu verlangen oder Widerspruch gegen die Verarbeitung einzulegen, sowie gegen die Verarbeitung Beschwerde bei der Datenschutzbehörde, www.dsb.gv.at, zu erheben.