Zurücksetzen Formular drucken

Spitalregion Luzern/Nidwalden

luzerner kantonsspital
LUZERN SURSEE WOLHUSEN

Anmeldung zur Neurorehabilitation

Bitte schicken Sie das Formular per **Email** an: bettendisposition.neurorehabilitation@luks.ch. Beachten Sie auch die **Rückseite**.

Angaben zur Patientin/zum Patienten

Patientenname: _____

Geburtsdatum: _____

Zuständiger Arzt: _____

Anmeldedatum: _____

Spital/Abteilung: _____

Telefonnummer: _____

Krankenkasse: _____

☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat

Angaben Arztdienst

Diagnosenliste

Der Patient/die Patientin ist zur Neurorehabilitation verlegbar ab: _____

Angaben Pflegedienst

Mobilität

Notiz:

☐ selbständig zu Fuss ☐ in Begleitung zu Fuss (Streckenlänge: _____)
☐ Mobilisation in Rollstuhl/Lehnstuhl ☐ mit einer Person ☐ mit 2–3 Personen
☐ Bettruhe Grund: _____
☐ Mobilisationsdauer: _____ Stunden _____ × am Tag
☐ Hemisyndrom ☐ rechts ☐ links ☐ armbetont ☐ beinbetont

Waschen/Kleiden

Notiz:

☐ selbständig ☐ Teilwäsche im Bett ☐ Ganzwäsche im Bett
☐ Oberkörper am Lavabo ☐ selbständig mit Unterstützung ☐ mit Anleitung

Toilettenaktivität

Blase: ☐ kontinent ☐ inkontinent ☐ DK ☐ Cystofix ☐ Inkontinenzeinlagen
Darm: ☐ kontinent ☐ inkontinent ☐ Inkontinenzeinlagen ☐ anderes: _____
WC: ☐ selbständig ☐ in Begleitung ☐ kein Transfer möglich

Notiz:

Essen / Trinken

☐ Schluckstörung ☐ Sondenkost: Produkt und Menge _____ ☐ PEG ☐ nasale Magensonde

Kostform: ☐ feinpürierte ☐ normale Kost ☐ anderes: _____

☐ isst selbständig ☐ Essen unter Supervision ☐ Essen nur mit therapeutischer Unterstützung

Notiz:

Kommunikation

☐ unauffällig ☐ verwaschene Sprache ☐ Wortfindungsstörungen ☐ keine verbalen Äusserungen möglich

☐ versteht Anweisungen in Alltagssituationen ☐ scheint nicht zu verstehen

☐ Fremdsprachigkeit Kommentar: _____

Notiz:

Orientierung / Verhalten

☐ unauffällig ☐ desorientiert ☐ persönlich ☐ zeitlich ☐ örtlich

☐ ist unruhig ☐ gut führbar ☐ schlecht führbar ☐ Tag ☐ Nacht

Braucht der Patient wegen Unruhe, Agitiertheit, Desorientiertheit ein Einzelzimmer? ☐ ja

Notiz:

Spezielles

☐ Tracheostoma ☐ Wunden ☐ Isolation aufgrund z.B. MRSA, ESBL etc.: _____

☐ Infusionen: _____ ☐ anderes: _____

Notiz:

Kontext

☐ lebt allein ☐ lebt mit _____ zusammen

☐ Unterstützung im sozialen Umfeld vorhanden (z.B. Angehörige etc.)

Aktueller Beruf: _____ ☐ Rente (z.B. IV): _____

Allgemeinzustand vor dem Ereignis:

Weitere wichtige Informationen: