

## Anmeldung zur Geriatrischen Akutrehabilitation

Gewünschter Aufnahmetag	
Voraussichtliche Aufenthaltsdauer	

### Zuweiser

Spital/Klinik	
Zuständige Ärztin/Zuständiger Arzt	
Ansprechperson: Tel/Fax	

### Patientin/Patient *(erfüllt Kriterien Seite 2)*

Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Adresse, PLZ, Ort	
KK Grundversicherung	
Zusatzversicherung	
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> allgemein <input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
Hausarzt	
Angehörige/Kontakte	

### CHOP-Kriterien (mindestens 3 erforderlich)

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kognitive Störung                   | <input type="checkbox"/> Sehstörung              | <input type="checkbox"/> Inkontinenz        |
| <input type="checkbox"/> Gang/Balancestörung/Sturz/Schwindel | <input type="checkbox"/> Hörstörung              | <input type="checkbox"/> Polypharmazie (>5) |
| <input type="checkbox"/> chronische Schmerzen                | <input type="checkbox"/> Malnutrition/Sarkopenie | <input type="checkbox"/> Depression/Angst   |
| <input type="checkbox"/> Psychosoziale Probleme              |  |   |

### Weitere Angaben (Zutreffendes ankreuzen)

- Sitzwache/Weglaufgefährdung
- Isolationsmassnahmen, welche:
- erforderliche onkologische oder immunsuppressive/immunmodulierende Therapie, während Aufenthalt im BESAS, welche:
- Perfusoren
- geplante auswärtige Abklärungen während Aufenthalt im BESAS, welche:
- parallel Antrag für Kostengutsprache wegen Rehabilitation erfolgt

Bitte legen Sie die entsprechende **Diagnoseliste** sowie das **Patientenstammblatt** der Anmeldung bei.

Das Anmeldeformular kann elektronisch ausgefüllt und an [dispo.besas@siload.ch](mailto:dispo.besas@siload.ch) gesendet werden. Bei Rückfragen oder für Informationen betreffend Verlegungstermin wenden Sie sich bitte an unsere Bettendisposition Tel. 031 958 10 75.

Vielen Dank für Ihre Anmeldung.

<b>Geriatrische Akutrehabilitation (GAR)</b>	<p><b>Einschlusskriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutspitalbedürftigkeit* während voraussichtlich mind. 8 Tagen</li> <li>• Therapiefähigkeit für Akutrehabilitation gegeben</li> <li>• Keine Alterslimite</li> <li>• Multimorbidität und/oder in Kombination mit sozial-medizinischer Problemstellung</li> <li>• Verlegung i.R. nach Ablauf der mittleren Verteildauer Haupt DRG (4–8 Tage) ohne Verlegungsabschlag</li> </ul> <p><b>Ausschlusskriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Indikation für stationäre geriatrische Rehabilitation</li> <li>• Betreuung auf offener Abteilung nicht möglich (z.B. Weglauftendenz bei Demenz)</li> </ul> <p><b>Dauer</b> 8 oder 15 Tage</p>
<b>Palliativmedizinische Komplexbehandlung (PMK)</b>	<p><b>Einschlusskriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Akutspitalbedürftigkeit* während voraussichtlich mind. 8 Tagen</li> <li>• Behandlung erfolgt mit vorwiegend palliativ-medizinischer Zielsetzung</li> <li>• Einverständnis Patient oder Bezugsperson für PMK gegeben</li> </ul> <p><b>Ausschlusskriterien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung auf offener Abteilung nicht möglich (z.B. Weglauftendenz bei Demenz)</li> </ul> <p><b>Dauer</b> 8 bis 21 Tage</p>

**\*Definition Akutspitalbedürftigkeit**

Betreuungs-/Behandlungsbedarf übersteigt die Möglichkeiten einer herkömmlichen Rehabilitationsstation. Das betrifft insbesondere Patienten mit andauerndem stationärem Behandlungsbedarf und Erfüllung eines oder mehrerer der folgenden Ausschlusskriterien für eine Geriatrische Rehabilitation.

- z.B. instabile Vitalparameter; Redon; Bedarf nach Akutdiagnostik mit CT, MRI, EEG, Angiologie usw. (hingegen ist es z.B. möglich, PatientInnen im Rehabilitationsmodus zu behandeln mit zentraler Leitung, Infusomat, i.v. antibiotischer Therapie, zur Diabeteseinstellung u.a.)
- Spezielle Therapien: Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse
- Notwendigkeit einer Isolation (z.B. MRSA, Tbc)
- Betreuung auf offener Abteilung nicht möglich (z.B. Weglauftendenz bei Demenz)