

Anmeldung Geriatriische Rehabilitation

gemäss Kriterien Seite 2 (Stand: 10/20)

Zuweiser

Spital/Klinik		
Ansprechperson		sekretariat-besas@siloah.ch (HIN-Mail) Fax 031 958 14 85
Zuständige Ärztin/Zuständiger Arzt		

PatientIn (erfüllt Kriterien Seite 2) Bitte vollständig ausfüllen oder Stammbblatt beilegen

Name	Vorname	Geb.-Datum
Adresse		
KK Grundversicherung	Zusatzversicherung	
Versicherungsklasse	<input type="checkbox"/> allgemein	<input type="checkbox"/> halbprivat <input type="checkbox"/> privat
Hausarzt/Hausärztin		
Angehörige/Kontakte		

Eintritt ab

Ziele/Begründung für den Aufenthalt (mehrere zutreffend): <input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbständigkeit BADL/IADL, erreichen der grösstmöglichen Selbständigkeit <input type="checkbox"/> Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion <input type="checkbox"/> Anpassung von Hilfsmitteln
Hauptdiagnose (gemäss ICD 10): siehe Diagnoseliste ärztliches Einweisungszeugnis
Geriatrische Multimorbidität (mindestens 2 der folgenden geriatrischen Syndrome dokumentiert): <input type="checkbox"/> kognitive Einschränkung: <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> Immobilität <input type="checkbox"/> erhöhtes Sturzrisiko, Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörung <input type="checkbox"/> Malnutrition und/oder Sarkopenie <input type="checkbox"/> Inkontinenz: <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Stuhl <input type="checkbox"/> Depression oder Angststörung <input type="checkbox"/> Eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane: <input type="checkbox"/> Visuseinschränkung <input type="checkbox"/> Hörstörung <input type="checkbox"/> Dekubitalulzera <input type="checkbox"/> Chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> Medikationsprobleme bei Polymedikation und/oder Non-Compliance <input type="checkbox"/> Soziale Isolation

Hilfebedarf bei:	
<input type="checkbox"/> Aufstehen, Gehen, Transfer <input type="checkbox"/> An-/Auskleiden <input type="checkbox"/> Essen <input type="checkbox"/> Toilette	
Einverständnis PatientIn für Verlegung:	
<input type="checkbox"/> liegt von PatientIn vor <input type="checkbox"/> liegt von Bezugsperson vor (bitte Name angeben)	
Name: _____	
Weitere Diagnosen gemäss beiliegender Diagnoseliste	
Ort und Datum	Unterschrift zuständige Ärztin/zuständiger Arzt
Gümligen,	

Das Anmeldeformular kann elektronisch ausgefüllt werden und dient als Grundlage zum Einholen der notwendigen Kostengutsprache bei der Krankenkasse.

Das ausgefüllte und unterzeichnete Formular bitte an sekretariat-besas@siloh.ch senden.

Kriterien für eine stationäre Geriatrische Rehabilitation

- Alter Patient/Patientin in der Regel über 75 Jahre (gemäss Jahrgang)
- Patient/Patientin ist in der Lage an 10 Therapieeinheiten à 30'/Kalenderwoche teilzunehmen
- Patient/Patientin weist vor dem Akutspitalaufenthalt keine höhere Pflegestufe (>4) auf
- Patient/Patientin kann nach der stationären Rehabilitation voraussichtlich wieder in Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren
- Patient/Patientin hat funktionelle Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Partizipation die mit geriatrischer Rehabilitation potentiell verbessert werden können
- Geriatrische Multimorbidität
- Stationäre Rehabilitationsindikation (Rehabilitation ambulant, in einem Kurhaus oder in einer Institution der Langzeitpflege ist nicht möglich)

Generelle Ausschlusskriterien

- **Akutspitalbedürftigkeit**
- Bedarf nach wiederkehrender kurzfristiger ärztlicher Intervention und/oder fortgesetzt mindestens täglichen persönlichen ärztlichen Visiten
- Instabile Vitalparameter; zentralvenöser Katheter, Tracheostoma, hohe Aspirationsgefahr, liegende Drainage, persistierende Infektionssituation, regelmässige Ergusspunktionen nötig u.a.
- Grosse offene Wunden
- Nicht abgeschlossene Diagnostik (CT, MRI, EEG, Angiologie, spezialärztliche Konsilien/Kontrollen, u.a.)
- Restriktionen, die eine zielführende Therapiedurchführung voraussichtlich verunmöglichen (z.B. nicht einhaltbare Teilbelastungslimiten, vollständig bettlägeriger Patient u.a.)
- Betreuung auf offener Abteilung nicht möglich (z.B. Weglauftendenz bei Demenz)
- Spezielle Therapien: Chemotherapie, Strahlentherapie, Dialyse
- Notwendigkeit zu weitergehenden spitalhygienischen Massnahmen (z.B. Isolation)
- Individueller Bedarf an Grundpflege von mehr als 4h/Tag

Rückfragen

Rückfragen bezüglich Verlegungstermin sind an die Bettendisposition BESAS Berner Spitalzentrum für Altersmedizin Siloah Tel. 031 958 10 75 zu richten.

Wichtige Information

Die Behandlung erfolgt gemäss den CHOP Vorgaben sowie den von ST REHA und FMH festgelegten Voraussetzungen «Basisleistungen geriatrische Rehabilitation» (https://fmh.ch/files/pdf23/2019_06_28_basisleistungen-_geriatrische_reha_d.pdf) und «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen – Referenzdokument» (https://fmh.ch/files/pdf21/2018_11_27_referenzdokument_geriatrische-reha_ba.8_d.pdf)