

Anmeldung Neurologische Rehabilitation

gemäss Kriterien Seite 2 (Stand: 01/21)

Zuweiser

Spital/Klinik		
Ansprechperson		sekretariat-besas@siloh.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		

Eintritt ab:

<p>Begründung für den Aufenthalt (mehrere zutreffend):</p> <p><input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbständigkeit BADL/IADL, Erreichen der bestmöglichen Selbstständigkeit</p> <p><input type="checkbox"/> Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand</p> <p><input type="checkbox"/> Die benötigte Therapieintensität ist ambulant nicht möglich</p>
<p>Hilfebedarf bei:</p> <p><input type="checkbox"/> Aufstehen, Transfer</p> <p><input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel <input type="checkbox"/> Stock, Rollator, Böckli <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> bettlägerig</p> <p><input type="checkbox"/> An-/Auskleiden</p> <p><input type="checkbox"/> Waschen (Gesicht, kämmen, Zähne putzen, rasieren etc.) <input type="checkbox"/> Baden, Duschen</p> <p><input type="checkbox"/> Essen/Trinken <input type="checkbox"/> Sonde/parenteral <input type="checkbox"/> Schluckstörung, Aspirationsgefahr</p> <p><input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Harninkontinenz <input type="checkbox"/> Stuhlinkontinenz</p>
<p>Zustand PatientIn:</p> <p><input type="checkbox"/> Fehl- und Mangelernährung <input type="checkbox"/> Beizug Ernährungsberatung</p> <p><input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> Visuseinschränkung <input type="checkbox"/> Hörstörung</p> <p><input type="checkbox"/> kognitive Einschränkung <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> weglaufgefährdet <input type="checkbox"/> aggressiv</p> <p><input type="checkbox"/> Kommunikation beeinträchtigt <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer</p> <p><input type="checkbox"/> psychische Störung</p>
<p>Besonderes/Zugänge:</p> <p><input type="checkbox"/> Sitzwache <input type="checkbox"/> Isolation, multiresistente Erreger <input type="checkbox"/> Drainagen <input type="checkbox"/> Tracheostoma</p>

Neurologische Hauptdiagnose (bitte komplette Diagnoseliste beifügen):	
Medikamente (bitte Liste beifügen)	
Bemerkungen:	
Ort und Datum:	Unterschrift zuständige Ärztin/zuständiger Arzt

Kriterien für eine stationäre neurologische Rehabilitation

- Patient/Patientin hat funktionelle Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Partizipation, die mit neurologischer Rehabilitation potentiell verbessert werden können
- Patient/Patientin kann nach der stationären Rehabilitation voraussichtlich wieder in Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren
- Patient/Patientin ist in der Lage an 20 Therapieeinheiten à 30'/Kalenderwoche teilzunehmen
- Patient/Patientin ist überwiegend bewusstseinsklar, interaktions- und kommunikationsfähig
- Patient/Patientin ist mindestens zur Teilmobilisation fähig (mind. 2 Stunden täglich im Rollstuhl)
- Patient/Patientin ist für alltägliche Verrichtungen weitgehend auf pflegerische Hilfe angewiesen

Generelle Ausschlusskriterien

- Akutspitalbedürftigkeit
 - Intensivüberwachung nötig, instabile Vitalparameter, Tracheostoma, hohe Aspirationsgefahr, liegende Drainage, persistierende Infektionssituation, regelmässige Ergusspunktionen nötig, grosse offene Wunden u.a.
 - Bedarf nach wiederkehrender kurzfristiger ärztlicher Intervention und/oder fortgesetzt mindestens täglichen persönlichen ärztlichen Visiten
 - Nicht abgeschlossene Diagnostik (CT, MRI, EEG, spezialärztliche Konsilien/Kontrollen, u.a.)
 - Aspiration mit respiratorischer Insuffizienz
 - Bewusstseinstrübung mit Delir, Fremdaggression, Weglaufgefährdung
 - Psychische Dekompensation mit Suizidgefährdung
- Restriktionen, die eine zielführende Therapiedurchführung voraussichtlich verunmöglichen (z.B. nicht einhaltbare Teilbelastungslimite, vollständig bettlägeriger Patient u.a.)
- 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 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 geriatriische Rehabilitation» (https://fmh.ch/files/pdf23/2019_06_28_basisleistungen_neurologische-reha_d.pdf) und «Personelle und infrastrukturelle Minimalanforderungen – Referenzdokument» (https://fmh.ch/files/pdf23/2019_03_28_referenzdokument_neurologische-reha_ba.1_d.pdf)