**Akutgeriatrie SRO**

Dr. med. Ramin Atefy

Ärztlicher Leiter

[r.atefy@sro.ch](mailto:v.name@sro.ch)

T: 062 916 49 52 (Mo-Fr)

Sekretariat Innere Medizin

T: 062 916 31 66

medizin@sro.ch

**Anmeldung Akutgeriatrie**

# Patientenangaben

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name** | Name | **Vorname** | Vorname |
| **Strasse** | Strasse | **PLZ Ort** | PLZ Ort |
| **Geburtsdatum** | Geburtsdatum | **Telefon** | Telefon |
| **Gewünschter**  **Aufnahmetermin** | Aufnahmetermin | | |

# Klinische Angaben

|  |  |
| --- | --- |
| **Aktueller Zuweisungsgrund** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Wichtigste Nebendiagnosen** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |
| **Ergänzende Angaben** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. |

***Bitte senden Sie uns eine aktuelle Diagnosen- und Medikamentenliste.***

# Geriatrische Aufnahmekriterien

Für eine Behandlung auf der Geriatrischen Akutrehabilitation bedarf es folgender Voraussetzungen:

* Akutspitalbedürftigkeit
* Alter > 70 (Jüngere Patienten/innen nach Rücksprache)
* Funktionelle Ressourcen (10 Therapieeinheiten pro 7 Kalendertage) und Motivation des Patienten/in
* Voraussichtliche Aufenthaltsdauer > 7 Tage
* **Keine** schwere Demenz (ca. MMS > 12)
* **Keine** Isolation (Ausnahmen nach Rücksprache)
* Erfüllen von mindestens drei der folgenden Aufnahmekriterien

**Bitte kreuzen Sie an, welche Aufnahmekriterien der Patient/in erfüllt:**

Kognitive Einschränkung

Immobilität oder Sturzneigung oder Schwindel

Inkontinenz von Stuhl und/oder Urin

Malnutrition und Sarkopenie

Hinweise auf Depression oder Angststörung

Alltagsrelevante Sehbehinderung und/oder Schwerhörigkeit

Chronische Schmerzsymptomatik

Medikationsprobleme bei Polypharmazie (mehr als 5 Medikamente) und/oder Non-Compliance

Psychosoziales Problem

# Hauptzielsetzung der Therapie

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Bemerkungen (Wohnsituation, aktuelle Unterstützung durch Angehörige, Spitex, u.a.)

Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben.

# Zuweisender Arzt

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Name, Vorname** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Strasse, PLZ, Ort** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |
| **Telefon** | Telefon | **E-Mail** | E-Mail |
| **Ort, Datum:** | Klicken oder tippen Sie hier, um Text einzugeben. | | |

**Anmeldung senden an: *medizin@sro.ch***