

Anmeldung Geriatriische Rehabilitation

gemäss den Kriterien auf Seite 2

Zuweiser

Spital/Klinik		
Ansprechperson		besas.sekretariat@siloh-spital.ch (HIN-Mail)
Zuständige/r Ärzt:innen		

Patient:in *(erfüllt die Kriterien auf Seite 2)* **Bitte vollständig ausfüllen oder Stammbblatt beilegen**

Name	Vorname	Geb.-Datum
Adresse		
KK Grundversicherung	Zusatzversicherung	
Versicherungsklasse	☐ allgemein ☐ halbprivat ☐ privat	
Hausärzt:in		
Angehörige/Kontakte		

Eintritt ab

Ziele/Begründung für den Aufenthalt *(mehrere zutreffend)*:

- ☐ Verbesserung der Selbstständigkeit BADL/IADL, erreichen der grösstmöglichen Selbstständigkeit
- ☐ Reduktion von Pflege- und Betreuungsaufwand
- ☐ Schmerzreduktion
- ☐ Anpassung von Hilfsmitteln

Hauptdiagnose (gemäss ICD 10): **Bitte komplette Diagnose- und Medikamentenliste beifügen!**

Geriatrische Multimorbidität (mindestens 2 der folgenden geriatrischen Syndrome dokumentiert):

- ☐ kognitive Einschränkung: ☐ leicht ☐ schwer
- ☐ Immobilität
- ☐ erhöhtes Sturzrisiko, Mobilitäts- und Gleichgewichtsstörung
- ☐ Malnutrition und/oder Sarkopenie
- ☐ Inkontinenz: ☐ Urin ☐ Stuhl
- ☐ Depression oder Angststörung
- ☐ Eingeschränkte Funktion der Sinnesorgane: ☐ Visuseinschränkung ☐ Hörstörung
- ☐ Dekubitalulzera
- ☐ Chronische Schmerzen
- ☐ Medikationsprobleme bei Polymedikation und/oder Non-Compliance
- ☐ Soziale Isolation

Hilfebedarf bei: ☐ Aufstehen, Gehen, Transfer ☐ An-/Auskleiden ☐ Essen ☐ Toilette	
Weitere Angaben (Zutreffendes ankreuzen) ☐ Sitzwache/Weglaufgefährdung ☐ Isolationsmassnahmen, welche: ☐ erforderliche onkologische oder immunsuppressive/immunmodulierende Therapie/Abklärungen während Aufenthalt im BESAS, welche: ☐ Perfusoren ☐ geplante auswärtige Termine während Aufenthalt im BESAS, welche: ☐ parallel Antrag für Kostengutsprache wegen Rehabilitation erfolgt ☐ Bewegungs-/Belastungslimit ☐ geplante intravenöse Antibiotikagabe über 2 Wochen	
Bemerkungen:	
Ort und Datum Gümligen,	Unterschrift zuständige/r Ärzt:in

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 besas.sekretariat@siloh-spital.ch senden.

Kriterien für eine stationäre Geriatriische Rehabilitation

- Alter Patient:in in der Regel über 75 Jahre (gemäss Jahrgang)
- Patient:in ist in der Lage, an 10 Therapieeinheiten à 30'/Kalenderwoche teilzunehmen
- Patient:in weist vor dem Akutspitalaufenthalt keine höhere Pflegestufe (>4) auf
- Patient:in kann nach der stationären Rehabilitation voraussichtlich wieder in Wohnverhältnisse mit höherer Autonomie zurückkehren
- Patient:in hat funktionelle Beeinträchtigungen, Beeinträchtigungen der Aktivitäten oder der Partizipation die mit geriatrischer Rehabilitation potenziell verbessert werden können
- Geriatriische 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 Teilbelastungslimite, vollständig bettlägerige/r Patient:in 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.