

## ZUWEISUNGSFORMULAR ZUR STATIONÄREN AUFNAHME AUF EINER AG/R

Adresskopf / Stempel Zuweiser	Adresskopf/ Stempel Empfänger (AG/R)
-------------------------------	--------------------------------------

### Allgemeine Information

Sehr geehrte Zuweiserin! Sehr geehrter Zuweiser!

Die Aufenthaltsdauer beträgt in der Regel **21 Tage** (im Einzelfall Verlängerung oder Verkürzung möglich) und hängt von den klinischen Erfordernissen und Fortschritten bei der Zielerreichung ab.

Um eine optimale Versorgung im Hinblick auf mögliche Therapien und Behandlungsformen zu planen, ist eine genaue Evaluierung des aktuellen Gesundheitszustandes der Patientin/des Patienten bereits im Zuge der Anmeldung notwendig.

Bitte geben Sie unter **Therapieziel** die Zielsetzung des Aufenthalts möglichst konkret an (z.B. Verlängerung der Gehstrecke um x Meter, selbständige Mobilität mit Krücken, x Stufen steigen, selbständiger Transfer in den Rollstuhl...).

Bitte übermitteln Sie gemeinsam mit dem vollständig **ausgefüllten und unterschriebenen** Fragebogen eine **aktuelle Medikationsliste** und die **Dokumentation** bereits erfolgter **Therapieeinheiten** (Physio-, Ergotherapie, Logopädie), falls vorhanden sowie den **letzten Arztbrief**.

Wir werden nach Einlangen Ihrer Anmeldung zeitnah mit Ihnen/der genannten Vertrauensperson Kontakt aufnehmen. Nach Prüfung der vorliegenden Kriterien werden Sie über einen möglichen Aufnahmetermin informiert.

Die Letztentscheidung bzgl. einer Aufnahme trifft das multiprofessionelle Team gemeinsam. Wir weisen darauf hin, dass der geplante Aufenthalt vorzeitig **beendet** bzw. der Patient/die Patientin an die **zuweisende Einrichtung zurücktransferiert** wird, sollte der Patient/die Patientin im Zuge der Aufnahme **nicht den angegebenen Kriterien entsprechen**.

**Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden!**

**Antragsformular AG-R** **FO\_6058722**

-AG/R-STO

Version 1 gültig ab: 03.03.2026

Seite 2 von 5

**Zuweisende Stelle** (Landes-/ Universitätsklinikum, Standort, Abteilung, Name, Telefonnummer):

.....

.....

.....

**Zuweisender Hausarzt/Community Nurse:** (Name, Telefonnummer):

.....

.....

.....

DATEN PATIENT/IN			
<b>Name</b>			
<b>Geburtsdatum</b>		SV Nr.	
<b>Adresse</b>			
<b>Telefonnummer</b>			
<b>Erwachsenenvertretung</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Patientenverfügung</b>	<input type="checkbox"/> JA	<input type="checkbox"/> NEIN	
<b>Vertrauensperson</b>	Name:		Telefonnummer:
<b>Zu kontaktierende Person</b>	<input type="checkbox"/> Patient/Patientin		<input type="checkbox"/> Vertrauensperson
<b>Versicherung</b>	<input type="checkbox"/> Sonderklasse 2-Bett		<input type="checkbox"/> Allgemeine Klasse

<b>Aufnahmegrund</b>	(aktuelle führende Diagnose/Erkrankung)		
<b>Therapieziel</b>			
<input type="checkbox"/> Aufnahme aus dem häuslichen Bereich		<input type="checkbox"/> Transfer aus einem Universitäts- oder Landesklinikum	
<b>Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld oder weitere Versorgung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> Art der Versorgung:	
	<input type="checkbox"/> nein		

**Bitte Zutreffendes anzukreuzen!**

Verhalten					Wohnsituation		
<input type="checkbox"/> orientiert	<input type="checkbox"/> motorisch unruhig				<input type="checkbox"/> alleinlebend	<input type="checkbox"/> mit Partner bzw. Familie	
<input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz						
<input type="checkbox"/> verwirrt/aggressiv	<input type="checkbox"/> Tag/Nachtumkehr						
Pflegestufe					<input type="checkbox"/> 24h Betreuung	<input type="checkbox"/> selbstständig mit Pflegedienst	
<input type="checkbox"/> keine	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4			
Mobilität							
<input type="checkbox"/> keine Hilfsmittel		<input type="checkbox"/> Hilfsmittel (z.B. Rollator, etc.)			<input type="checkbox"/> Rollstuhl		<input type="checkbox"/> nicht mobil

**Von zuweisender Ärztin/zuweisendem Arzt/Community Nurse auszufüllen:**  
*Unterschrift/Datum:.....*

<b>EINSCHLUSSKRITERIEN</b>	JA	NEIN
Patientenalter über 65 Jahre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenwille & Therapeutische Compliance muss gegeben sein	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Therapiepotential ist vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zumindest Teilbelastung bei der Mobilisation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Barthel-Index $\geq$ 30 Punkte von 100 (Formular beiliegend)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach dem Aufenthalt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Abgeschlossene Diagnostik und stabile medikamentöse Einstellung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>AUSSCHLUSSKRITERIEN</b>	JA	NEIN
Patienten aus dem Bereich der Langzeitpflege o. Patienten, die auf einen Langzeitpflegeplatz warten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mittelgradige bis fortgeschrittene Demenz*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Akutes Delir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Instabile psychiatrische Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Zu isolierende Patienten (MRSA; ESBL; MRGN abhängig von Lokalisation, jedenfalls Ausschluss, wenn in oberen Atemwegen) *	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dialysepflichtig*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terminale Erkrankungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
laufende Chemo- und/ oder Strahlentherapie*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erkrankungen, bei denen eine Mobilisierung nicht möglich oder erlaubt ist (z.B: Spondylodiscitis mit Betruhe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufnahme bzw. Übernahme aus einer Notfallambulanz*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VAC Wundversorgung*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Stempel und Unterschrift**  
 Ärztin/Arzt bzw. aktuell betreuende  
 Abteilung/ Hausarzt

**Unterschrift Patient/Patientin**

**\*CAVE:** Bei diesen Sonderfällen ist eine Aufnahme nur nach Abstimmung mit der AG/R – Einheit möglich!

## Barthel-Index

(modifiziert nach F. I. Mahoney & D. W. Barthel)

Richtige Punktezahl auswählen	Punktezahl	Datum
<b>Essen</b>		
Selbstständig, wenn das Essen in Reichweite steht,	10	
Braucht Unterstützung, z.B. beim Schneiden oder Streichen	5	
Total hilfsbedürftig	0	
<b>Baden/Duschen</b>		
Selbstständig	5	
Auf Hilfe angewiesen	0	
<b>Persönliche Toilette (Waschen)</b>		
Selbstständig – wäscht Gesicht, putzt Zähne, kämmt und rasiert sich ( <i>bereitstellen der Utensilien durch Hilfspersonal erlaubt</i> )	5	
Braucht Unterstützung	0	
<b>Ankleiden</b>		
Selbstständig (inkl. Schuhe anziehen, Knöpfe und Reißverschlüsse bedienen)	10	
Braucht Unterstützung – kleidet sich aber ca. zur Hälfte ohne Hilfe an	5	
Total hilfsbedürftig	0	
<b>Stuhlkontrolle</b>		
Kontinent	10	
Kontinent mit höchstens 1 „Zwischenfall“ pro Woche	5	
Inkontinent	0	
<b>Urinkontrolle</b>		
Kontinent über mehr als 7 Tage oder selbstständige Versorgung eines DK	10	
Teilweise kontinent (max. 1x/24 Stunden inkontinent)	5	
Inkontinent oder Katheter, den der Patient nicht selbst versorgen kann	0	
<b>Toilettenbenützung</b>		
Selbstständig (gehen, hinsetzen, aufstehen, Kleider und Papier handhaben)	10	
Braucht Unterstützung, aber kann gewisse Dinge selbstständig	5	
Total hilfsbedürftig	0	
<b>Transfer</b>		
Selbstständig	15	
Minimale physische oder verbale Assistenz	10	
Kann sitzen, braucht Hilfe von 1-2 Personen für den Transfer	5	
Bettlägerig, keine Sitzbalance	0	
<b>Mobilität (Bewegung)</b>		
Selbstständig; darf Gehhilfe benutzen >=50m	15	
Geht mit zusätzlicher Unterstützung von einer Person (verbal oder physisch)	10	
Selbstständig mit Rollstuhl inkl. Wenden (nur wenn gehunfähig zu bewerten)	5	
Sitzt im Rollstuhl, immobil	0	
<b>Treppensteigen</b>		
Selbstständig (Treppe hinauf, Treppe hinab)	10	
Braucht Unterstützung (verbal, physisch oder Hilfsmittel müssen nachgetragen werden)	5	
Kann nicht Treppe steigen	0	
<b>Ergebnis</b>	_____ /100P.	

Patientenetikette
-------------------

## Ergebnis

<b>Einschätzung durch die AG/R</b>	Name: .....
	Unterschrift/ Datum.....

### Die Kriterien für die Zuweisung zur AG/R sind erfüllt:

<input type="checkbox"/> JA → Aufnahmedatum am .....
--

<input type="checkbox"/> NEIN → Bitte Prüfung alternativer Versorgungsformen (z.B. Rehabilitative Übergangspflege) Begründung für Ablehnung: ..... ..... .....
--