

## Anmeldung zur Anschlussbehandlung

postoperativer orthopädischer / traumatologischer Patient\*innen  
an der Abteilung für Orthopädie und Traumatologie

Die Überweisung bzw. Transferierung von postoperativen Patient\*innen von den Krankenanstalten des Wiener Gesundheitsverbundes in die Privatkrankenanstalt Sanatorium Hera hat das Ziel mit Hilfe eines interdisziplinären Teams und individuell abgestimmter Therapie postoperative Funktionsverluste rasch zu beheben und eine weitgehend selbstständige Lebensführung zu ermöglichen.

### Zielgruppe:

- Patient\*innen mit Funktionsverlusten und eingeschränkter Mobilität nach orthopädischen- / traumatologischen Eingriffen
- Verzögerter Heilungsverlauf
- Rehabilitationspotential mit dem Entlassungsziel nach Hause / Pflegeheim / Reha / Kurzzeitpflege oder in das präoperativ bestehende soziale Umfeld

### Ausschlusskriterien:

- Offene Infektion mit Problemkeimen (Clostridien, ESPL, MRGN, MRSA, VRE,...)
- Intensivpflichtige Erkrankungen, ASA 4
- Beatmete Patient\*innen / Heimrespirator
- Kardiale Dekompensation / instabile Angina pectoris / maligne Herzrhythmusstörung
- Dialysepflicht
- Laufende Chemotherapie oder Radiatio
- terminaler Erkrankung (Palliativstation)
- Schwere Demenz oder psychiatrische Erkrankungen die die Mitarbeit der Patient\*innen am Trainingsprogramm unmöglich machen

### Für die Anschlussbehandlung bitten wir um Übermittlung folgender Dokumente:

- **bei Risikopatient\*innen negativer Befund / Screening von Problemkeimen vor Transfer erforderlich**
- Ärztlicher Entlassungsbrief
- Laborbefunde
- RÖ-Bilder, CT, MRT auf CD-ROM gebrannt
- Medikamentenliste
- Pflegebericht (samt Blutzuckerprotokolle, Wunddokumentationen, etc.)
- Mobilisierungsplan (inkl. Physioblätter mit Belastungskriterien)
- Information über bereits eingeleitete Maßnahmen des Entlassungsmanagements

### Weiters:

- Medikamente (eingeschachtelt) sowie Insulin-Pen für den Transferierungstag (bei Transferierungen an einem Freitag bis inkl. Montag früh)
- Information über spezielle Medikamente
- evtl. Heilbehelfe
- Kontaktdaten von Angehörigen



## Bitte Ausschlusskriterien beachten!

(siehe Seite 1)

Wir gehen von einer gewissenhaften Erstellung dieser Checkliste aus, sie ist Voraussetzung für die Übernahme der Patient\*innen durch das Sanatorium Hera. Bitte übersenden Sie uns das ausgefüllte Dokument mindestens **24 Stunden** vor der geplanten Verlegung per Mail [wigev@sanatoriumhera.at](mailto:wigev@sanatoriumhera.at)

Patient\*innen Etikette

**Zuweiser** (Krankenhaus / Abteilung / Station)

Stempel

Tel. Nr.: .....

**Transfer ab:** ..... (Datum)

**Versicherung:**  KFA  andere .....  Sonderklasse ..... ( 1- Bett)

**Anmeldung durch Ärzt\*in:** ..... **Pflegeperson:** .....

**Aufnahmegrund / durchgeführte Operationen:** .....

**Medikation:**  nein  ja (bitte Medikamentenliste übermitteln)

**Aktuelle Infektionen (CAVE Ausschlusskriterien):** .....

**COVID-19 Symptome?**  nein  ja      **MRSA Screening (Befundübermittlung vor Transfer!)**  nein  ja

**ASA 4:**  nein  ja      **Intensivbett erforderlich?**  nein  ja

**Mobilität:** Gehstrecke vor dem Aufenthalt (m)? ..... Gehstrecke derzeit (m)? .....

**Patient\*in mobilisierbar?**  keine Belastung bis am: .....  Teilbelastung bis am: .....  Vollbelastung

**Unterstützung:**  von PP  mit Krücken  mit Rollstuhl / Rollator  ohne Hilfe

**Atmung:** O<sub>2</sub>-Bedarf  nein  ja (Liter) .....

**Hautzustand:**  intakt  Hautdefekt (Lokalisation / Größe (cm)) .....

**Ernährung:**  selbstständig  mit Hilfe  PEG-Sonde  Diät  spezielle Kostform: .....

**Orientierung:**  voll  teilweise  nicht orientiert ( tagsüber  nachts  beides)

**Pflegeheim / Reha / Kurzzeitpflege zugesagt?** Ab wann? ..... **Pflegestufe:** .....

**Erwachsenenschutzvertretung:** ..... **Tel.:** .....

**Kontakt- / Vertrauensperson:** ..... **Tel.:** .....

Die abgebende Klinik nimmt zur Kenntnis, dass bei einer Verschlechterung des Allgemeinzustandes des / der Patient\*in nach fachärztlicher Rücksprache der Rücktransfer an die abgebende Klinik erfolgt.

Kontaktdaten für Rückfragen: ..... .....

Telefon / Klappe

E - Mail

Datum

Name (BLOCKSCHRIFT) &  
Unterschrift Pflegeperson

Name (BLOCKSCHRIFT) &  
Unterschrift zuweisende Ärzt\*in

