

Bitte unbedingt ankreuzen!

- Stationäre Aufnahme (Department AGR)
 Ambulante Geriatrie Remobilisation

Daten des Patienten:

Familiennamen:		Vorname:
Versicherungsnummer:		Sozialversicherungsträger
Straße:	Hausnummer:	Geburtsdatum:
Ort:	PLZ:	Tel.:

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____ **Station/ Abteilung:** _____

Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **DW:** _____

Sonderklasse : 1-Bett/ 2-Bett **Allgemeine Klasse** - Übernahme, ab Datum: _____

Diagnosen: _____

Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden Ja Nein

OP-Art(en), Implantiertes Material. Gips, Cast, Fixateur etc. _____

OP Datum: _____

Geplante Kontrollen: _____ Vollbelastung Teilbelastung (Dauer: _____)

Aktuelle Infektion: Clostridien MRGN MRSA keine bekannt
 andere Infektionen: _____ Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.

Situation vor der Aufnahme:

Wohnen: privat betreutes Wohnen Bettenstation Pflegeheim u. ä. Einrichtung

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht mobil

mit Hilfsmittel (Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) nicht gehfähig

ohne Hilfsmittel bettlägrig seit: _____

Hilfsmittel: Nein Ja, welches _____

Betreuung: keine nötig soz. Dienste 24h Betreuung

Angehörigenbetreuung vorhanden Pflegegeld (Stufe __), beantragt am: _____

Situation derzeit:

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen Nicht mobil

mit Hilfsmitteln (benötigt Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) nicht gehfähig

ohne Hilfsmittel bettlägrig seit: _____

Pflege: selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme

Dekubitus sonstige Wunden Rehab. Antrag gestellt (Anstalt: _____)

Sonstiges (PEG- Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen oder ähnliches): _____

Mental: unauffällig verwirrt/ Delir. Demenz Depression

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Faxen Sie bitte an: +43 (0) 463 5830 / 2023

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes