

Ansuchen ambulante geriatrische Remobilisation

Daten des Patienten:

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

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

Kontaktperson: _____ Tel.: _____ DW: _____

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 bettlägerig seit: _____

Hilfsmittel: Nein Ja, welche(s) _____

Betreuung: keine notwendig soz. Dienste 24 h Betreuung

Angehörigenbetreuung vorhanden Pflegegeld (Stufe), beantragt am: _____

Situation derzeit:

Mobilität: selbstständig mit Hilfsperson nicht mobil

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

ohne Hilfsmittel bettlägerig 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) 4242 208-62791



_____ Datum

_____ Unterschrift des Arztes