

## 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