

Ansuchen ambulante geriatrische Remobilisation

Daten des Patienten:

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