BARMHERZIGE BRÜDER a. ö. Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt	**FORMULAR** **Ansuchen auf Übernahme**	Version: 004/02.2020 gültig ab: 10.10.2025

BARMHERZIGE BRÜDER Ambulante Geriatrische Remobilisation a. ö. Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt

BARMHERZIGE BRÜDER Geriatrisches Tageszentrum St. Elisabeth a. ö. Elisabethinen-Krankenhaus Klagenfurt

Department für Akutgeriatrie/ Remobilisation
Departmentleitung: OÄ Dr. Patricia Walentiny

Stationsleitung AGR: DGKP Markus Fussi
Tel. Nr.: +43 (0) 463 5830 - 332

Koordination AGRM: Birgit Kogler
Tel: +43 (0) 463 5830 - 309

Bitte unbedingt ankreuzen!
☐ Stationäre Aufnahme (Department AGR)
☐ Ambulante Geriatrische Remobilisation (AGRM)
☐ Geriatrisches Tageszentrum

Daten des Patienten:

Familienname:		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/ OP (Impl. Material, Gips, Cast, Fixateur etc.): _____

_____

_____ **OP-Datum:** _____

☐ Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

Geplante Kontrollen:_____ ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung (Dauer:)

Mental: ☐ unauffällig ☐ verwirrt/Delir. ☐ Demenz ☐ Depression

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

Situation derzeit:

Wohnen/ Betreuung: ☐ privat/ Angehörigenbetreuung vorhanden ☐ betreutes Wohnen
☐ soz. Dienste ☐ Bettenstation ☐ 24h Betreuung ☐ Pflegeheim u. ä. Einrichtung
☐ Pflegegeld (Stufe_____), beantragt am: _____

Mobilität: ☐ selbständig ☐ mit Hilfspersonen/Hilfsmittel (Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen)
☐ nicht mobil (seit:_____)

Hilfsmittel: ☐ Nein ☐ Ja, welches _____

Pflege: ☐ selbstständig ☐ Hilfestellung ☐ vollständige Übernahme
☐ Wunden (Dekubitus, Ulcus, …): _____ ☐ Reha Antrag gest. an:_____

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

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

Übermittlung mittels DaMe oder Post

_____ _____
Datum Unterschrift des zuweisenden Arztes

© Copyright: A.ö. Krankenhaus der Elisabethinen Klagenfurt GmbH
Zur besseren Lesbarkeit dieses Dokumentes wurde eine Geschlechtsform gewählt.