



**Bitte unbedingt ankreuzen!**

- Stationäre Aufnahme (Department AGR)
- Ambulante Geriatrische Remobilisation (AGRm)
- Geriatrisches Tageszentrum

**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

**Daten des Patienten:**

Familienname:	Vorname:
Versicherungsnummer:	Sozialversicherungsträger:
Straße:	Hausnummer:
Ort:	PLZ:
	Geburtsdatum:
	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:**  selbstständig  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 an KHBBEKH1 oder per Post**

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift des zuweisenden Arztes