



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:

Familiennamen:		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 an KHBEEKH1 oder per Post

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes