



FAX – Anmeldung für Akutgeriatrie/Remobilisation - FAX: 03337 2254 457

Terminplanung/Bettenvergabe: Jokesch Claudia, DGKP Tel: 03337 2254 434 Mo - Fr 8:30 Uhr- 12:00 Uhr

PATIENTINNENDATEN

Patientenetikette:

- Gebührenklasse:** Allgemeine Klasse
 BVA
 Sonderklasse Zweibett
 Sonderklasse Einbett

Bezugsperson: _____ **Tel.:** _____

Absender (KH/Abteilung, Ordination): _____

Arzt-Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **Fax.:** _____

AUFNAHMEGRUND/HAUPTDIAGNOSE (Indikation für geriatrische Remobilisation): _____

Operation: _____ **OP-Datum:** _____ **Wunschtermin REM:** _____

Vollbelastung Teilbelastung _____kg Belastungsverbot – vorauss. Vollbel. mögl. ab _____

weitere Diagnosen: _____

SITUATION VOR AKUTERKRANKUNG

Mobil: nein ja Gehfähig mit Hilfsmittel, welches: _____

Betreuung bisher: wohnt alleine zu Hause/Angehörige HKP/Heimhilfe Pflegeheim: _____

Betreuung geplant: ohne Hilfe zu Hause/Angehörige HKP/Heimhilfe Pflegeheim: _____

AKTUELLER PATIENTINNEN-STATUS (Mehrfachnennungen möglich)

Neurologischer Status/Orientierung/Nachtverhalten: orientiert desorientiert diagnostizierte Demenz

unruhig ruhig Depressio Psychose sonstige psych. Diagnosen: _____

Mobilität: Gehstrecke derzeit ca. _____ Meter immobil

ohne Hilfe mit Hilfsperson mit Hilfsmittel, welches: _____

Transfer: selbstständig voll abhängig Hilfestellung

Harn: kontinent inkontinent HDK

Nahrungsaufnahme: selbstständig voll abhängig Hilfestellung

Stuhl: kontinent inkontinent Stoma

Körperpflege: selbstständig voll abhängig Hilfestellung

Hautdefekte: nein ja

An-/Auskleiden: selbstständig voll abhängig Hilfestellung

Sonde: nein ja, welche: _____

Toilette/Gang aufs WC: selbstständig voll abhängig Hilfestellung

Unterschrift und Stempel ZuweiserIn: _____

Interne Notizen Marienkrankenhaus Vorau: ärztlich besprochen mit: _____ Hz: _____

Befunde nachgefordert angenommen – Termin: _____ abgelehnt (siehe Ablehnungsformular)