

Datum der Zuweisung:

Vorschlag des:der Zuweiser:in:

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> tagesklinische REM (Tagesklinik AG/R) | <input type="checkbox"/> RNS/Übergangsbehandlung | <input type="checkbox"/> Wachkoma-Station (ACU) |
| <input type="checkbox"/> stationäre REM (Akutgeriatrie/Remobilisation AG/R) | <input type="checkbox"/> Medizinische Geriatrie | <input type="checkbox"/> Albert Schweitzer Hospiz |
| <input type="checkbox"/> mobile REM (mobiREM) | <input type="checkbox"/> Memory-Station | <input type="checkbox"/> Tageshospiz |

Stammdaten Patient:in:

Vorname:		Nachname:				
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers	<input type="checkbox"/> inter	<input type="checkbox"/> offen	<input type="checkbox"/> keine Angabe
Geburtsdatum:		SVNR:				
Tel./E-Mail:						
Versicherungsträger:		Selbstversichert:		<input type="checkbox"/> Sonderklasse		
<input type="checkbox"/> ÖGK <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB <input type="checkbox"/> SVS-LW <input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> Andere: _____		<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, Hauptversicherte:r: _____		<input type="checkbox"/> Merkur <input type="checkbox"/> UNIQA <input type="checkbox"/> Generali <input type="checkbox"/> Wiener Städtische <input type="checkbox"/> Andere: _____		
Pflegegeldstufe:		Antrag gestellt am:				
Wohnort:		PLZ:				
Straße:						
Hausärzt:in (Name, Telefon):						
Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Telefon, E-Mail):						

Zuweiser:in:

Zuweiser:in (Name/Einrichtung/Stempel):	Abteilung:
Kontaktperson:	Tel./Fax:

Klinischer Zustand Patient:in:

Akutereignis (Art & Datum) /Indikation zur Antragsstellung:	
Relevante Vorbefunde/Ärzt:innenbrief des letzten stationären Aufenthaltes beilegen!	
Relevante Nebendiagnose(n): (z.B. Chronische Erkrankungen und Infektionen, Dialyse...)	
Geplante Behandlungen/Kontrolltermine (Datum/Leistung) innerhalb der kommenden 3 Monate ab Antrag: (u.a. Rehabilitation/Onkolog. Therapie)	
Gewünschtes Übernahmedatum in die REM:	

Albert Schweitzer Klinik (ASK) der GGZ

Zuweisungsformular

Situation vor Akutereignis:

Wohnen/ Betreuung/ Pflege:	<input type="checkbox"/> zu Hause - selbstständig	<input type="checkbox"/> zu Hause - mit Unterstützung <input type="checkbox"/> mit Familie/Angehörigen <input type="checkbox"/> mobile Dienste <input type="checkbox"/> 24 h Betreuung	<input type="checkbox"/> Pflegeheim
Mobilität/ Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel, welches:	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig <input type="checkbox"/> bettlägerig
Kognitiver Status:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte/mittlere Einschränkung	<input type="checkbox"/> schwere Einschränkung

Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragstellung):

Barthel-Index				
Mobilität/ Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel, welches:	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Volle Frakturbelastbarkeit:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein bis wann: Datum	
Kardiopulmonale Belastbarkeit:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung		<input type="checkbox"/> leichte Einschränkung	<input type="checkbox"/> wesentliche Einschränkung
Kognitiver Status:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung		<input type="checkbox"/> leichte/ mittlere Einschränkung	<input type="checkbox"/> schwere Einschränkung
Motivation:	<input type="checkbox"/> gegeben		<input type="checkbox"/> nicht gegeben	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sonstiges: <input type="checkbox"/> LTOT <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> BVWK <input type="checkbox"/> Chron. Wunden	Weitere Anmerkungen (z.B. Isolierbedarf, Dialysepflichtigkeit):		
Remobilisationsziel Patient:in:				

Vom REM-Team auszufüllen

<input type="checkbox"/> Bewilligung zur REM-Form:	<input type="checkbox"/> mobile REM (mobiREM)	<input type="checkbox"/> tagesklinische REM	<input type="checkbox"/> stationäre REM (AG/R)
<input type="checkbox"/> Nicht bewilligt <i>Begründung der Ablehnung:</i>	<input type="checkbox"/> kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar <input type="checkbox"/> „höheres biologisches Alter“ nicht erfüllt <input type="checkbox"/> keine positive Therapieprognose/Remobilisationszielerreichung <input type="checkbox"/> kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation <input type="checkbox"/> unzureichende Angaben im Anmeldeformular <input type="checkbox"/> keine Kapazitäten		
Datum der Beurteilung:			
Unterschrift verantw. Arzt:Ärztin			