

**PatientInnenanmeldung**

- Tagesklinik AG/R
- Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)
- IMC/ Übergangsbehandlung
- Medizinische Geriatrie
- Memory-Station
- Wachkomastation (ACU)
- Albert Schweitzer Hospiz
- Tageshospiz

- PWH Aigner-Rollett am Rosenhain
- PWH Peter Rosegger
- PWH Erika Horn
- SeniorInnenresidenz Robert Stolz
- Tageszentrum Robert Stolz
- Memory Tageszentrum Rosenhain

Information:

Tel.: 0316/7060-1111  
**Fax: 0316/7060-1119**  
 E-Mail: ggz.aufnahme@stadt.graz.at  
 Albert-Schweitzer-Gasse 36, 8020 Graz

Für die Entscheidung über eine Aufnahme ist ein vollständiges Ausfüllen dieses Formulars erforderlich!

**Persönliche Daten:**

Familienname / Vorname: _____ Straße / Hausnummer: _____ PLZ, Ort: _____ Telefonnummer: _____	<input type="checkbox"/> GKK <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> BVA <input type="checkbox"/> SGW <input type="checkbox"/> Andere: _____ <input type="checkbox"/> Sonderklasse: <input type="checkbox"/> Merkur <input type="checkbox"/> UNIQA <input type="checkbox"/> Wiener Städtische <input type="checkbox"/> Generali <input type="checkbox"/> Andere: _____	SVNr. / Geb.Dat.: _____ / _____ Selbstversichert: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn nein, Hauptversicherer: _____
Hausarzt, Tel.-Nr.: _____ Bezugsperson, Tel.-Nr.: _____ Sachwalter, Tel.-Nr.: _____	Pflegegeldstufe: _____ Antrag gestellt am: _____	

**Situation VOR Aufnahme in Akutbehandlung**

Mobil: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Gehfähig mit Hilfsmittel, welches: _____	Betreuung: <input type="checkbox"/> zu Hause selbstständig <input type="checkbox"/> zu Hause mit Unterstützung <input type="checkbox"/> PWH
---	--

**Aktuelle Situation der/des PatientIn**

Haupt- und Nebendiagnosen:
----------------------------

Einschätzung d. Allgemeinzustands	Einschätzung der Pflegebedürftigkeit	Einschätzung der psychosozialen Situation
<b>Mobilität :</b> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel <b>Einschränkung d. kardiopulmonalen Belastbarkeit:</b> <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> wesentliche <b>Frakturbelastbarkeit:</b> <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> keine Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung: _____kg <b>Isolierbedarf (Kolonisation/ Infektion):</b> <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben	<b>Grad der Selbstständigkeit:</b> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig <b>Nahrungsaufnahme möglich:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <b>Hautdefekte/ Dekubitus:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>O2-Versorgung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Stoma:</b> <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Colostoma Welche (optional): _____	<b>Kommunikation:</b> <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> nonverbal <b>Verhalten:</b> <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <b>Verwirrtheit:</b> <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> andauernd <input type="checkbox"/> nie <b>Motivation:</b> <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben <b>Vorliegen einer gemeldeten Freiheitsbeschränkung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

**Ziel der Behandlung**

<input type="checkbox"/> Remobilisation <input type="checkbox"/> Unklares Potential <input type="checkbox"/> Ärztl. Observanz 24h <input type="checkbox"/> Palliative Situation
_____ Zuweisendes Krankenhaus/Abteilung, Hausarzt      Tel.-Nr. /Fax.-Nr.      Ort, Datum      Unterschrift AntragstellerIn

**Entscheidung des Assessmentteams der ASK und PWHe**

Aufnahme möglich:  JA       NEIN