

PatientInnenanmeldung

- Tagesklinik AG/R
- Akutgeriatrie/Remobilisation (AG/R)
- RNS/ 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"/> ÖGK <input type="checkbox"/> SVS-LW <input type="checkbox"/> KFA <input type="checkbox"/> SVS-GW <input type="checkbox"/> BVAEB-EB <input type="checkbox"/> Andere <input type="checkbox"/> BVAEB-OEB <input type="checkbox"/> Sonderklasse: <input type="checkbox"/> Merkur <input type="checkbox"/> Wiener Städtische <input type="checkbox"/> UNIQA <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Generali	SVNr. / Geb.Dat.: _____ / _____ Selbstversichert: <input type="checkbox"/> JA <input type="checkbox"/> NEIN Wenn nein, Hauptversicherter: _____
Hausarzt, Tel.-Nr.: _____ Bezugsperson, Tel.-Nr.: _____ Erwachsenenvertretung, 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
Mobilität: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel Einschränkung d. kardiopulmonalen Belastbarkeit: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> leichte <input type="checkbox"/> wesentliche Frakturbelastbarkeit: <input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> keine Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung: _____kg Isolierbedarf (Kolonisation/ Infektion): <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben	Grad der Selbstständigkeit: <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> unselbstständig <input type="checkbox"/> teilweise selbstständig Nahrungsaufnahme möglich: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> PEG-Sonde Hautdefekte/ Dekubitus: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein O2-Versorgung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Stoma: <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Colostoma Welche (optional): _____	Kommunikation: <input type="checkbox"/> verbal <input type="checkbox"/> nonverbal Verhalten: <input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig Verwirrtheit: <input type="checkbox"/> gelegentlich <input type="checkbox"/> häufig <input type="checkbox"/> andauernd <input type="checkbox"/> nie Motivation: <input type="checkbox"/> gegeben <input type="checkbox"/> nicht gegeben Vorliegen einer gemeldeten Freiheitsbeschränkung: <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