

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Stationäre REM (Akutgeriatrie/Remobilisation AG/R) | <input type="checkbox"/> Medizinische Geriatrie         | <input type="checkbox"/> Albert Schweitzer Hospiz |
| <input type="checkbox"/> Tagesklinische REM (Tagesklinik AG/R)              | <input type="checkbox"/> Remobilisation/Nachsorge (RNS) | <input type="checkbox"/> Tageshospiz              |
| <input type="checkbox"/> MobiREM (mobile Remobilisation)                    | <input type="checkbox"/> Memory-Station                 | <input type="checkbox"/> Wachkoma-Station (ACU)   |

**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.- Nr.:
Versicherungsträger: <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: _____		Selbstversichert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wenn nein, Hauptversicherte:r: _____	
Pfleigestufe (Antrag gestellt am):		Polizzenummer Sonderklasse:	
Wohnadresse (Straße, Ort, PLZ):			
Hausärzt:in (Name, Telefon):			
Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Telefon, E-Mail):			

**Klinischer Zustand Patient:in:**

<b>Haupt- und Nebendiagnosen:</b>			
<b>Geplante Behandlungen/Kontrolltermine:</b>			
<b>Mobilität vor Akutereignis</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsperson(en)	<input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Pflegeheim

**Situation zum Zeitpunkt der Antragstellung:**

<b>Mobilität:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig	<input type="checkbox"/> bettlägerig
<b>Kardiopulmonale Einschränkung</b>	<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> leichte	<input type="checkbox"/> wesentliche
<b>Frakturbelastbarkeit:</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung: _____ kg		<input type="checkbox"/> Keine Belastung (wie lange?)
<b>Nahrungsaufnahme möglich:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfe		<input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> Nasogastralsonde
<b>Kognitive Einschränkung</b>	<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> leicht / mittel	<input type="checkbox"/> schwer
<b>Verhalten:</b>	<input type="checkbox"/> ruhig		<input type="checkbox"/> unruhig	<b>Freiheitsbeschränkung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
<b>Verwirrtheit:</b>	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> gelegentlich	<input type="checkbox"/> häufig	<input type="checkbox"/> andauernd
<b>Sonstiges:</b>	<input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Colostoma		<input type="checkbox"/> LTOT <input type="checkbox"/> Chronische Wunde	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> _____
<b>Isolierbedarf (Infektion/Kolonisation):</b>	<input type="checkbox"/> gegeben	<input type="checkbox"/> nicht gegeben	<b>Kommunikation:</b> verbal nonverbal	

**Zuweiser:in:**

Zuweiser:in (Name/Einrichtung / Stempel / Kontaktperson / Telefon)