

- | | | |
|---|---|---|
| <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: _____	
Pflegestufe (Antrag gestellt am):		Polizzenummer Sonderklasse:	
Wohnadresse (Straße, Ort, PLZ):			
Hausärzt:in (Name, Telefon):			
Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Telefon, E-Mail):			

Klinischer Zustand Patient:in:

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

Situation zum Zeitpunkt der Antragstellung:

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

Zuweiser:in:

Zuweiser:in (Name/Einrichtung / Stempel / Kontaktperson / Telefon) – WICHTIG: Bitte geben Sie unbedingt eine E-Mail-Adresse an!! Sie bekommen auf diese eine schriftliche Rückmeldung über die Bewilligung der Anmeldung.