

- | | | |
|---|--|---|
| <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"/> Spezielle Neurologie (NCU I + NCU II) | <input type="checkbox"/> Tageshospiz |
| <input type="checkbox"/> MobiREM (mobile Remobilisation) | <input type="checkbox"/> Memory-Station | |

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: _____ | <input type="checkbox"/> Sonderklasse <input type="checkbox"/> Zweibettzimmer <input type="checkbox"/> Einbettzimmer <input type="checkbox"/> Merkur <input type="checkbox"/> UNIQA <input type="checkbox"/> Generali <input type="checkbox"/> Wiener Städtische <input type="checkbox"/> GRAWE <input type="checkbox"/> Andere: _____ |
| 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 vor 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.