

Ansuchen ambulante geriatrische Remobilisation

Daten des Patienten:

Familienname:		Vorname:
Versicherungsnummer:		Sozialversicherungsträger
Straße:	Hausnummer:	Geburtsdatum:
Ort:	PLZ:	Tel.:
Kontaktperson:		Tel.:

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____ **Station/ Abteilung:** _____

Diagnosen: _____

☐ Sauerstoffpflichtig ☐ Heimsauerstoff vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

OP-Art(en), Implantiertes Material, Gips, Cast, Fixateur etc. _____

OP-Datum: _____

Geplante Kontrollen: _____ ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung (Dauer: _____)

Aktuelle Infektion: ☐ Clostridien ☐ MRGN ☐ MRSA ☐ keine bekannt

☐ andere Infektionen: _____

Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken

Situation derzeit:

Wohnen: ☐ privat ☐ betreutes Wohnen ☐ Bettenstation ☐ Pflegeheim u. ä Einrichtung

Mobilität: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfspersonen ☐ nicht mobil

☐ mit Hilfsmittel (Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) ☐ nicht gehfähig

☐ ohne Hilfsmittel ☐ bettlägerig seit: _____

Hilfsmittel: ☐ Nein ☐ Ja, welche(s) _____

Betreuung: ☐ keine notwendig ☐ soz. Dienste ☐ 24 h Betreuung

☐ Angehörigenbetreuung vorhanden

Sonstiges: (PEG-Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen oder Ähnliches): _____

Mental: ☐ unauffällig ☐ verwirrt / Delir. ☐ Demenz ☐ Depression

Pflege: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ vollständige Übernahme

☐ Dekubitus ☐ sonstige Wunden ☐ Rehab.Antrag gestellt (Anstalt: _____)

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Mailen Sie den Antrag bitte an: geriatric.villach@kabeg.at

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes