

	FORMULAR Ansuchen auf Übernahme	gültig ab: 01.01.2025
--	--	-----------------------



Department für Akutgeriatrie/ Remobilisation
Departmentleiter: OA Dr. Walter Müller, MSc

Stationsleitung AGR: DGKP Markus Fussi
Tel. Nr.: +43 (0) 463 5830 - 332

Koordination AGRM: Birgit Kogler
Tel: +43 (0) 463 5830 - 309

Bitte unbedingt ankreuzen!

- Stationäre Aufnahme (Department AGR)
 Ambulante Geriatrische Remobilisation (AGRM)
 Geriatrisches Tageszentrum

Daten des Patienten:

Familiennamen:		Vorname:
Versicherungsnummer:		Sozialversicherungsträger:
Straße:	Hausnummer:	Geburtsdatum:
Ort:	PLZ:	Tel.:

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

Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **DW:** _____

Sonderklasse: 1-Bett/ 2-Bett **Allgemeine Klasse** - Übernahme, ab Datum: _____

Diagnosen/ OP (Impl. Material, Gips, Cast, Fixateur etc.): _____

_____ **OP-Datum:** _____

Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden Ja Nein
Geplante Kontrollen: _____ Vollbelastung Teilbelastung (Dauer: _____)

Mental: unauffällig verwirrt/Delir. Demenz Depression

Aktuelle Infektion: Clostridien MRGN MRSA keine bekannt

andere Infektionen: _____ (Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.)

Situation derzeit:

Wohnen/ Betreuung: privat/ Angehörigenbetreuung vorhanden betreutes Wohnen
 soz. Dienste Bettenstation 24h Betreuung Pflegeheim u. ä. Einrichtung
 Pflegegeld (Stufe _____), beantragt am: _____

Mobilität: selbständig mit Hilfspersonen/Hilfsmittel (Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen)
 nicht mobil (seit: _____)

Hilfsmittel: Nein Ja, welches _____

Pflege: selbstständig Hilfestellung vollständige Übernahme
 Wunden (Dekubitus, Ulcus, ...): _____ Reha Antrag gest. an: _____

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

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

Übermittlung mittels DaMe an KHBBEKH1 oder per Post

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes