

ANMELDEFORMULAR für mobile REM

LKH Graz II, Standort Hörgas

Fax: 03124/501 – 7265



Nur vollständig ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden!

Daten des Patienten:

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Versicherungsnummer: _____

Straße: _____ Hausnummer: _____ Sozialversicherungsträger: _____

PLZ: _____ Ort: _____ Tel.: _____

Bezugsperson: _____ Tel.: _____

Hausarzt: _____ Tel.: _____ FAX: _____

Bei stationären Patienten:

Krankenhaus: _____ Abteilung: _____

Ansprechpartner: _____ Tel./ FAX: _____

Allgemeine Klasse Sonderklasse Voraussichtlicher Entlassungstermin: _____

Vorangegangenes Akutereignis (Indikation für geriatrische Remobilisation) _____

Zusätzliche medizinische Diagnosen: _____

1) Soziales Umfeld: (bitte die betreffenden Punkte ankreuzen)

<i>Bisher</i>	<i>Geplant</i>
<input type="checkbox"/> zu Hause – ohne Hilfe	<input type="checkbox"/> zu Hause – ohne Hilfe
<input type="checkbox"/> zu Hause / Angehörige	<input type="checkbox"/> zu Hause / Angehörige
<input type="checkbox"/> HH, HKH	<input type="checkbox"/> HH, HKH,
<input type="checkbox"/> 24-Stunden Betreuung	<input type="checkbox"/> 24-Stunden Betreuung
<input type="checkbox"/> Pflegeheim	<input type="checkbox"/> Pflegeheim

2) Pflegestufe:

<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 7
----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------	----------------------------

3) Mobilität

<i>Bett/Stuhltransfer</i>	<i>Bewegung</i>
<input type="checkbox"/> unabhängig	<input type="checkbox"/> unabhängiges Gehen
<input type="checkbox"/> minimale Assistenz notwendig	<input type="checkbox"/> Gehen/Rollstuhl fahren mit Unterstützung
<input type="checkbox"/> bettlägrig	<input type="checkbox"/> kann sich nicht selbständig bewegen

4) Vorhandene Hilfsmittel

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Reziprokes Gehgestell	<input type="checkbox"/> Gliedmaßenprothese
------------------------------------	-----------------------------------	--	---

5) Gilt nur für orthopädische Patienten nach Operationen:

<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung
--	--

6) Psychologisch / psychiatrische Probleme:

<input type="checkbox"/> Demenz	<input type="checkbox"/> Depression	<input type="checkbox"/> Anderes: _____
---------------------------------	-------------------------------------	---

Datum

Stempel oder Name in Blockbuchstaben

Unterschrift Zuweiser(in)