

# 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)