



## Krankenhaus der Elisabethinen Graz

### Zuweisungsformular zur stationären REM

#### Stammdaten Patient\*in:

Vorname:		Nachname:	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich
Geburtsdatum:		SVNr.:	
Tel.:		Versicherungsträger:	
Pflegestufe:	Pat.Verfügung/VorsorgeVM: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Sonderklasse	<input type="checkbox"/> Allgemeinklasse
Wohnort:		PLZ:	
Straße:			
Angehörige/Erwachsenenvertreter (Name, Telefonnummer):  			

#### Zuweiser\*in:

Einrichtung/Stempel:	Kontaktperson:
	Telefonnummer und Mailadresse:
	Datum der Zuweisung:

#### Klinischer Zustand Patient\*in:

Akutereignis (Art & Datum) / Indikation zur Antragstellung (ggf. OP-Datum):			
Bitte relevante Vorbefunde / Arztbrief des letzten stationären Aufenthaltes beilegen!			
Relevante Nebendiagnose(n):			
Geplante Behandlungen/Kontrolltermine (Datum/Leistung) innerhalb der kommenden 3 Monate ab Antrag (u.a. onkol. Therapie):			
Wurde bereits ein Reha-Antrag gestellt?		<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Weitere Versorgung?		<input type="checkbox"/> wie zuvor	<input type="checkbox"/> unklar
Gewünschtes Übernahmedatum ad REM:		<input type="checkbox"/> geplant	

**Situation vor Akutereignis:**

<b>Wohnen/ Betreuung/ Pflege:</b>	<input type="checkbox"/> zu Hause selbstständig	<input type="checkbox"/> Zu Hause mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Mit Familie/Angehörigen <input type="checkbox"/> Mobile Dienste <input type="checkbox"/> 24h Betreuung		<input type="checkbox"/> Pflegeheim
<b>Mobilität/ Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel, welches:	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig	<input type="checkbox"/> bettläufig
<b>Kognitiver Status:</b>	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte/mittlere Einschränkung		<input type="checkbox"/> schwere Einschränkung

**Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragsstellung):**

<b>Mobilität/ Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel, welches:	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig	<input type="checkbox"/> bettläufig
<b>Volle Frakturbelastbarkeit:</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein Bis wann:	Belastungsvorgabe:	
<b>Kardiopulmonale Belastbarkeit:</b>	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte Einschränkung	<input type="checkbox"/> wesentliche Einschränkung	
<b>Kognitiver Status:</b>	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte/mittlere Einschränkung	<input type="checkbox"/> schwere Einschränkung	
<b>Barthelindex:</b>	<b>Motivation:</b>	<input type="checkbox"/> gegeben	<input type="checkbox"/> eingeschränkt	<input type="checkbox"/> nicht gegeben
<b>Sonstiges:</b> <input type="checkbox"/> LTOT <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> BVWK <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> chron. Wunden	<b>Weitere Anmerkungen</b> (z.B.: Isolierbedarf, Dialysepflichtigkeit, laufende Chemo-/Strahlen-/Antikörpertherapie):			
<b>Remobilisationsziel Patient*in:</b> Bei fehlender Kapazität <b>Weiterleitung ad GGZ erwünscht:</b>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein			

**Rückmeldung vom REM-Team:**

<input type="checkbox"/> Bewilligung zur stationären REM Anmeldeformular beiliegend	Aufnahmedatum:
<input type="checkbox"/> Nicht Bewilligt: Begründung zur Ablehnung:	<input type="checkbox"/> Keine Bettenkapazitäten <input type="checkbox"/> Kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar <input type="checkbox"/> „höheres biologisches Alter“ nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Keine positive Therapieprognose / Remobilisationszielerreichung <input type="checkbox"/> Kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation <input type="checkbox"/> MobiREM andenken
<b>Datum der Beurteilung / Rückmeldung:</b>	

Krankenhaus der Elisabethinen, Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation