



Krankenhaus der Elisabethinen Graz

Zuweisungsformular zur stationären REM

Stammdaten Patient*in:

Vorname:		Nachname:	
Geschlecht:		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich <input type="checkbox"/> divers
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 <input type="checkbox"/> geplant
Gewünschtes Übernahmedatum ad REM:	



Situation vor Akutereignis:

Wohnen/ Betreuung/ Pflege:	<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
Mobilität/ Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel, welches:	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig <input type="checkbox"/> bettlägrig
Kognitiver Status:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte/mittlere Einschränkung	<input type="checkbox"/> schwere Einschränkung

Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragsstellung):

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