



Krankenhaus der Elisabethinen Graz REM-Zuweisungsformular

Datum der Zuweisung:

Vorschlag des*der Zuweiser*in:

mobile REM (mobiREM)

Fax: 0316 7063 904303

Mail: mobirem@elisabethinen.at

stationäre REM (AG/R)

Fax: 0316 7063 904095

Mail: agr@elisabethinen.at

Stammdaten Patient*in:

Vorname:		Nachname:	
Geschlecht:	<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
Geburtsdatum:		SVNR:	
Tel./E-Mail:			
Versicherungsträger:		<input type="checkbox"/> Sonderklasse	<input type="checkbox"/> Allgemeine Klasse
Wohnort:		PLZ:	
Straße:			
Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Telefon, E-Mail):			

Zuweiser*in:

Zuweiser*in (Name/Einrichtung/Stempel):	Kontaktperson:
	Tel./Fax:

Klinischer Zustand Patient*in

Akutereignis (Art & Datum) /Indikation zur Antragsstellung:	
Relevante Vorbefunde/Arztbrief des letzten stationären Aufenthaltes beilegen!	
Relevante Nebendiagnose(n): (z.B. Chronische Erkrankungen und Infektionen, Dialyse...)	
Geplante Behandlungen/Kontrolltermine (Datum/Leistung) innerhalb der kommenden 3 Monate ab Antrag: (u.a. Rehabilitation/Onkolog. Therapie)	
Gewünschtes Übernahmedatum in die 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"/> 24 h 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"/> bettlägerig
Kognitiver Status:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte/mittlere Einschränkung	<input type="checkbox"/> schwere Einschränkung

Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

Barthel-Index				
Mobilität/ Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> selbstständig	<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel, welches:	<input type="checkbox"/> Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig	<input type="checkbox"/> bettlägerig
Volle Frakturbelastbarkeit:	<input type="checkbox"/> ja		<input type="checkbox"/> nein bis wann: Datum	
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	
Motivation:	<input type="checkbox"/> gegeben		<input type="checkbox"/> nicht gegeben	<input type="checkbox"/> eingeschränkt
Sonstiges: <input type="checkbox"/> LTOT <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> BVWK <input type="checkbox"/> Chron. Wunden	Weitere Anmerkungen (z.B. Isolierbedarf, Dialysepflichtigkeit, laufende Chemo-/Strahlen-/Antikörpertherapie):			
Remobilisationsziel Patient*in:				

Bei fehlender Kapazität (stationär) **Weiterleitung ad GGZ gewünscht:** Ja Nein

Vom REM-Team auszufüllen

<input type="checkbox"/> Bewilligung zur REM-Form:	<input type="checkbox"/> mobile REM (mobiREM) <input type="checkbox"/> stationäre REM (AG/R)
<input type="checkbox"/> Nicht bewilligt <i>Begründung der Ablehnung:</i>	<input type="checkbox"/> kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar <input type="checkbox"/> „höheres biologisches Alter“ nicht erfüllt <input type="checkbox"/> keine positive Therapieprognose/ Remobilisationszielerreichung <input type="checkbox"/> kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation <input type="checkbox"/> unzureichende Angaben im Anmeldeformular <input type="checkbox"/> keine Kapazitäten <input type="checkbox"/> Empfehlung für andere REM-Form
Datum der Beurteilung:	
Unterschrift verantw. Arzt*Ärztin	