

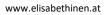




Datum der Zuweisung:

vorschlag des der Zuweiser in:		
☐ mobile REM (mobiREM)	☐ stationäre REM (AG/R)	
DAME: ELISAEDI	DAME: ELISAEDI	
Mail: mobirem@elisabethinen.at	Mail: agr@elisabethinen.at	
Stammdaten Patient*in:	I	
Vorname:	Nachname:	
Geschlecht:	☐ männlich	□ divers
Geburtsdatum:	SVNR:	
Tel./E-Mail:		
Versicherungsträger:	☐ Sonderklasse	☐ Allgemeine Klasse
Wohnort:	PLZ:	
Straße:		
Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Tel	lefon, E-Mail):	
Zuweiser*in:		
Zuweiser*in (Name/Einrichtung/Stempel):	Kontaktperson:	
	Tel./DAME:	
Klinischer Zustand Patient*in	<del>,</del>	
Akutereignis (Art & Datum) /Indikation zur Antragsstellung:		
Relevante Vorbefunde/Arztbrief des letzten stat	tionären Aufenthaltes b	eilegen!
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 <u>vor</u> Akutereignis

Wohnen/	☐ zu Hause	□ zu Hause - mit Unterstützung □				
Betreuung/	selbstständig	☐ mit Familie/Angehörigen		Pflegeheim		
Pflege:		□m	nobile Dienste			
		□ 2	4 h Betreuung	<del>,</del>		
Mobilität/		□m	nit Hilfsmittel,	☐ Hilfsperson(en)	☐ bettlägerig	
Hilfsmittel:	selbstständig	welch	nes:	beim Transfer		
				notwendig		
Kognitiver	☐ keine	☐ leichte/mittlere		1	□ schwere	
Status:	Einschränkung	Einschränkung			Einschränkung	
Situation <u>nach</u>	Akutereignis (zum Z	Zeitpur	nkt der Antragstellu	ng)		
Barthelindex						
Mobilität/	☐ selbstständig	□ mi	it Hilfsmittel,	☐ Hilfsperson(en)	☐ bettlägerig	
Hilfsmittel		welch	es:	beim Transfer		
				notwendig		
Volle Frakturb	elastbarkeit:	□ ja		□ nein		
				bis wann: Datum		
Kardiopulmon	ale Belastbarkeit:	□ ke	ine Einschränkung	☐ leichte	□ wesentliche	
•				Einschränkung	Einschränkung	
Kognitiver Status:		□ ke	ine Einschränkung	☐ leichte/ mittlere	□ schwere	
J			Ü	Einschränkung	Einschränkung	
Motivation:		geben	☐ nicht gegeben	□ ein- geschränkt		
Sonstiges:	□ LTOT	\\/oito	re Anmerkungen (z. l	<u> </u> 3. Isolierbedarf, Dialyse	10	
Stoma ∣	□ BVWK		•	•		
□ PEG	□ Chron.	laufende Chemo-/Strahlen-/Antikörpertherapie):		•		
	Wunden					
	nsziel Patient*in:					
Bei fehlender Kapazität (stationär) Weiterleitung ad GGZ gewünscht:						
Vom REM-Team auszufüllen						
_	ng zur REM-Form:		□ mobile PEM /m	ohiPEM\	iro DEM (AG/D)	
			☐ mobile REM (mobiREM) ☐ stationäre REM (AG/R)			
☐ <b>Nicht bewilligt</b> Begründung der Ablehnung:		☐ kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar				
begrandang a	er Abiennung.	nung: Remobilisation ernebbar  □ "höheres biologisches Alter" nicht erfüllt				
			keine positive Therapieprognose/			
		Remobilisationszielerreichung				
		kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation				
			unzureichende Angaben im Anmeldeformular			
			☐ keine Kapazitäten			
			☐ Empfehlung für andere REM-Form			
Datum der Be	eurteilung:					

Unterschrift verantw. Arzt*Ärztin	
Uniterscriptic Verantw. Arzt Arztin	

Seite 2 von 2