



Krankenhaus der Elisabethinen Graz

Zuweisungsformular zur stationären REM

Stammdaten Patient*in:

Vorname:		Nachname:	
Geschlecht:		☐ weiblich	☐ männlich ☐ divers
Geburtsdatum:		SVNr.:	
Tel.:		Versicherungsträger:	
Pflegestufe:	Pat.Verfügung/VorsorgeVM: ☐ ja ☐ nein	☐ Sonderklasse	☐ 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? ☐ Ja ☐ Nein	
Weitere Versorgung? ☐ wie zuvor ☐ unklar ☐ geplant	
Gewünschtes Übernahmedatum ad REM:	



Situation vor Akutereignis:

Wohnen/ Betreuung/ Pflege:	☐ zu Hause selbstständig	☐ Zu Hause mit Unterstützung ☐ Mit Familie/Angehörigen ☐ Mobile Dienste ☐ 24h Betreuung	☐ Pflegeheim
Mobilität/ Hilfsmittel:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfsmittel, welches:	☐ Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig
Kognitiver Status:	☐ keine Einschränkung	☐ leichte/mittlere Einschränkung	☐ schwere Einschränkung

Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragsstellung):

Mobilität/ Hilfsmittel:	☐ selbstständig	☐ mit Hilfsmittel, welches:	☐ Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig	☐ bettlägrig
Volle Frakturbelastbarkeit:	☐ ja	☐ nein Bis wann:	Belastungsvorgabe:	
Kardiopulmonale Belastbarkeit:	☐ keine Einschränkung	☐ leichte Einschränkung	☐ wesentliche Einschränkung	
Kognitiver Status:	☐ keine Einschränkung	☐ leichte/mittlere Einschränkung	☐ schwere Einschränkung	
Barthelindex:	Motivation:	☐ gegeben	☐ eingeschränkt	☐ nicht gegeben
Sonstiges: ☐ LTOT ☐ Stoma ☐ BVWK ☐ PEG ☐ chron. Wunden	Weitere Anmerkungen (z.B.: Isolierbedarf, Dialysepflichtigkeit, laufende Chemo-/Strahlen- /Antikörpertherapie):			
Remobilisationsziel Patient*in:				

Rückmeldung vom REM-Team:

☐ Bewilligung zur stationären REM Anmeldeformular beiliegend	Aufnahmedatum:
☐ Nicht Bewilligt: Begründung zur Ablehnung:	☐ Keine Bettenkapazitäten ☐ Kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar ☐ „höheres biologisches Alter“ nicht erfolgt ☐ Keine positive Therapieprognose / Remobilisationszielerreichung ☐ Kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation ☐ MobiREM andenken
Datum der Beurteilung / Rückmeldung:	
Krankenhaus der Elisabethinen, Abteilung für Akutgeriatrie und Remobilisation	