



Krankenhaus der Elisabethinen Graz

REM-Zuweisungsformular

Datum der Zuweisung:

Vorschlag des*der Zuweiser*in:

☐ **mobile REM (mobiREM)**

DaMe: ELISAEDI

Mail: mobirem@elisabethinen.at

☐ **stationäre REM (AG/R)**

DaMe: ELISAEDI

Mail: agr@elisabethinen.at

Stammdaten Patient*in:

Vorname:		Nachname:	
Geschlecht:	☐ weiblich	☐ männlich	☐ divers
Geburtsdatum:		SVNR:	
Tel./E-Mail:			
Versicherungsträger:		☐ Sonderklasse	☐ Allgemeine Klasse
Wohnort:		PLZ:	
Straße:			
Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Telefon, E-Mail):			

Zuweiser*in:

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

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

Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragstellung)

BarthelIndex			
Mobilität/ Hilfsmittel	☐ selbstständig	☐ mit Hilfsmittel, welches:	☐ Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig ☐ bettlägerig
Volle Frakturbelastbarkeit:	☐ ja	☐ nein bis wann: Datum	
Kardiopulmonale Belastbarkeit:	☐ keine Einschränkung	☐ leichte Einschränkung	☐ wesentliche Einschränkung
Kognitiver Status:	☐ keine Einschränkung	☐ leichte/ mittlere Einschränkung	☐ schwere Einschränkung
Motivation:	☐ gegeben	☐ nicht gegeben	☐ ein- geschränkt
Sonstiges: ☐ LTOT ☐ Stoma ☐ BVWK ☐ PEG ☐ 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

☐ Bewilligung zur REM-Form:	☐ mobile REM (mobiREM) ☐ stationäre REM (AG/R)
☐ Nicht bewilligt <i>Begründung der Ablehnung:</i>	☐ kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar ☐ „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 Beurteilung:	

Unterschrift verantw. Arzt*Ärztin	
-----------------------------------	--