

Department für Akutgeriatrie und Remobilisation

Akutgeriatrie – Vorstand: Prim. Dr. Alfons Gegenhuber

Departmentleiter: OA Dr. Garstener Alexander

Stationsleitung: DGKP Dominik Müllegger

Email: akutgeriatrie.bi@ooeg.at

Anmeldeformular - Akutgeriatrie

AGK SKM Versicherung:

Name: Geburtsdatum:

Derzeit stationär im KH: Abteilung:

Diagnose:

Therapieziele:

- | | | |
|--|---|--|
| Mobilisation <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> selbstständig<input type="checkbox"/> mit Begleitung<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel<input type="checkbox"/> Heraussetzen möglich<input type="checkbox"/> bettlägrig | Hilfsmittel <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Krücken / Stock<input type="checkbox"/> Gehwagen<input type="checkbox"/> Rollstuhl<input type="checkbox"/> Prothese _____ | Essen und Trinken <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> selbstständig<input type="checkbox"/> mit Hilfe<input type="checkbox"/> Schluckstörung<input type="checkbox"/> PEG/Magensonde |
| Orientierung <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> voll orientiert<input type="checkbox"/> teilweise orientiert<input type="checkbox"/> desorientiert<input type="checkbox"/> zeitlich<input type="checkbox"/> örtlich<input type="checkbox"/> situativ | Pflege <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> selbstständig<input type="checkbox"/> mit Hilfe<input type="checkbox"/> völlig hilfsbedürftig | Belastung nach OP <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> nicht belastbar bis _____<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis _____<input type="checkbox"/> Vollbelastung |
| multiresistente Erreger: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Nein<input type="checkbox"/> Ja: _____* <p>* eine zwingende Rücksprache mit der Krankenhaushygiene ist nötig!</p> | Kardiopulmonale Belastbarkeit <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> keine Einschränkung<input type="checkbox"/> leichte Einschränkung<input type="checkbox"/> wesentliche Einschränkung | Sauerstoffbedarf <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> ja<input type="checkbox"/> nein<input type="checkbox"/> intermittierend |

Zusätzlicher Rehabilitations-Antrag bereits gestellt? ja nein
Weitere Versorgung: zu Hause unklar Betreute Einrichtung _____

Indikation für Akutgeriatrie: Multimorbidität mit Beeinträchtigung der Selbstständigkeit, Bedarf nach funktionsfördernder, funktionserhaltender oder reintegrierender Therapie. Eine Zustimmung der Patientin / des Patienten zur Aufnahme auf die AGR ist zwingend nötig.

Gewünschter Termin:

Telefonnummer PatientIn oder Angehörige: _____

Am Aufnahmetag ersuchen wir um Transfer der/des Pat. an unsere Abteilung bis 9:30 Uhr vormittags und um Mitgabe relevanter Befunde!

Unterschrift / Stempel

Datum _____ überweisender Arzt (Ansprechpartner für Rückfragen), Fax-Nr., Tel.-Nr. + DW
Falls binnen 1 Woche keine Antwort eintrifft, bitte nochmals per Mail senden oder telefonische Kontaktaufnahme!!!