

Standort Fürstenfeld

Lehrkrankenhaus der
Medizinischen Universität Graz und Wien

Abteilung für Innere Medizin

Prim. Univ.Doz. Dr. Peter Krippel
Abteilungsleiter

T +43 3382 506 2201

interne.fue.ost@kages.at
www.lkh-oststeiermark.at

ANMELDEUNTERLAGEN

Fürstenfeld,

Sehr geehrte Damen und Herren!

Wir danken Ihnen für die Anfrage bzgl. der Anmeldung Ihrer Patientin / Ihres Patienten auf unserer Akutgeriatrie/Remobilisationsstation (AG/R).

Beiliegend finden Sie die Anmeldeunterlagen, welche Sie bitte vollständig ausgefüllt per Post oder Mail an uns zurücksenden.

Sobald die Unterlagen bei uns eingegangen sind, werden wir Sie über einen möglichen Aufnahmetermin informieren. Wichtig ist deshalb die Angabe einer Telefonnummer, unter der wir zur Anmeldung der Patientin / des Patienten Rückfragen stellen können.

Wenn Sie eine Auskunft zur Anmeldung benötigen, rufen Sie bitte von Montag bis Freitag zwischen 10:00 Uhr und 12:00 Uhr unter der Tel.Nr.: 03382 506-2260 an.

E-Mail-Adresse: dokumente.fue.rem.ost@kages.at

Mit freundlichen Grüßen

DGKP Reinhard Weber
(Pflegerische Stationsleitung)

Dr. Ulrike Alexandra Hirmann
(Ärztliche Stationsleitung)

PATIENTEN-DATEN

Familienname: _____

Vorname: _____

PLZ, Ort: _____

Straße, Hausnr.: _____

SVNr.: _____

Tel.: _____

- ÖGK SVS SVB KFA Graz
 KFA Wien BVAEB Andere:

Absender (Stempel)

Telefonnr.: _____

Voraussichtl. Entlassungstermin: _____

Wunschtermin Aufnahme AG/R: _____

Private Krankenversicherung:

- Keine Sonderklasse 1 Sonderklasse 2

WEITERE DATEN

Weitere Versorgung geklärt:

- Ja Nein

Anmeldung im Pflegeheim:

- Ja Nein ggf. wo? _____

Kontaktadresse der Bezugsperson:

Telefon: _____

Anmeldender Arzt (Name, Telefon):

Hausarzt (Name, Telefon):

SITUATION VOR AUFNAHME IN
AKUTBEHANDLUNG

- Mobilität** selbstständig mit
 selbstständig mit Begleitung
Hilfsmittel immobil

- Betreuung** unabhängig Pflegegeld
 teilweise Pflegeheim
abhängig
 abhängig

**Diagnosen der Akuterkrankung
sowie Nebendiagnosen:**

DERZEITIGE SITUATION DES PATIENTEN

Bitte zutreffendes ankreuzen

Komplikationen

- Nein
- Wundheilungsstörungen
- Kontrakturen
- Sonstige _____

Orientierung zu Ort und Situation

- Vollständig gegeben
- Zeitweise gestört
- Tagelang LEICHT gestört
- Tagelang WESENTLICH gestört

Verhalten

- Ruhig
- Unruhig
- Unruhig, vor allem nachts

Neuropsychologische Störungen

- Nein
- Aphasie
- Apraxie
- Dysarthrie
- Neglect
- Pusher
- Sonstige _____

Belastbarkeit

der Fraktur: _____ kg
Körpergröße: _____ cm
Körpergewicht _____ kg

Gehör

- Unbeeinträchtigt
- Beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Sehen

- Unbeeinträchtigt
- Beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Bereits mobilisiert

- Bettrand
- Gehstock
- Rollmobil
- Rollator
- Rollstuhl
- Wegstrecke ____m

Cardio-pulmonale Belastbarkeit

- Keine Einschränkung
- Leichte Einschränkung
- Wesentliche Einschränkung

Sonde/Stoma

- Nein
- Tracheostoma
- PEG
- Colostoma

Blasenkatheter

- Nein
- Transurethral
- Suprapubisch

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

- Entwickelt Eigeninitiative
- Aktiv bei Aufforderung
- Passiv
- Unkooperativ

Vorhandene eigene Hilfsmittel

- Rollstuhl
- Rollator
- Rollmobil
- Hörgerät
- Gliedmaßenprothese
- Sonstige _____

BARTHEL-INDEX (ADL): **Punktezahl:** _____

Essen

- 10** Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck
- 05** Benötigt Hilfe, z.B. beim Schneiden
- 00** Völlig hilfebedürftig

Bewegung

- 15** Unabhängiges Gehen (auch mit Gehilfe), mind. 50 m
- 10** Gehen mit Unterstützung mind. 50 m
- 05** Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mind. 50 m
- 00** Kann sich nicht selbständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl)

Körperpflege

- 05** Selbständig
- 00** Benötigt Hilfe

Ankleiden

- 10** Völlig unabhängig
- 05** Benötigt teilweise Hilfe
- 00** Völlig hilfebedürftig

Bett-/Stuhltransfer

- 15** Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)
- 10** Minimale Assistenz/Supervision erforderlich
- 05** Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer
- 00** Bettlägrig

Baden und Duschen

- 05** Unabhängig bei Voll- oder Duschbad
- 00** Nicht selbständig

Toilette

- 10** Unabhängig
- 05** Braucht teilweise Hilfe
- 00** Kann Toilette nicht benutzen

Treppensteigen

- 10** Unabhängig (auch mit Gehhilfe)
- 05** Braucht Hilfe od. Supervision
- 00** Kann nicht Treppensteigen

Harnkontrolle

- 10** Kontinent
- 05** Teilweise inkontinent
- 00** Inkontinent

Stuhlkontrolle

- 10** Kontinent
- 05** Teilweise inkontinent
- 00** Inkontinent

Ort, Datum

Unterschrift der/des Ärztin/Arztes