

Akutgeriatrie / Diakonie de La Tour



Diakonie
de La Tour

Ambulante Geriatrie
Remobilisation

Ärztliche Leitung:
Prim. Dr. Björn Hilmar

Zuständige Ärztin: Dr. Madrutter Jasmin

Koordination: Harder Angelika
Tel: +43 (0)4276 2201 - 903

Daten des Patienten:

Familienname:		Vorname:	
Versicherungsnummer:		Sozialversicherungsträger	
Straße:	Hausnummer:	Geburtsdatum:	
Ort:	PLZ:	Tel.:	

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____ **Station/ Abteilung:** _____

Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **DW:** _____

Sonderklasse : 1-Bett/ 2-Bett **Allgemeine Klasse** - Übernahme, ab Datum: _____

Diagnosen: _____

Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden Ja Nein

OP-Art(en), Implantiertes Material, Gips, Cast, Fixateur etc. _____

OP Datum: _____

Geplante Kontrollen: _____ Vollbelastung Teilbelastung (Dauer: _____)

Aktuelle Infektion: Clostridien MRGN MRSA keine bekannt
 andere Infektionen: _____ Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.

Situation vor der Aufnahme:

Wohnen: privat betreutes Wohnen Bettenstation Pflegeheim u. ä. Einrichtung

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht mobil
 mit Hilfsmittel (Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) nicht gehfähig
 ohne Hilfsmittel bettlägrig seit: _____

Hilfsmittel: Nein Ja, welches _____

Betreuung: keine nötig soz. Dienste 24h Betreuung
 Angehörigenbetreuung vorhanden Pflegegeld (Stufe __), beantragt am: _____

Situation derzeit:

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen Nicht mobil
 mit Hilfsmitteln (benötigt Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) nicht gehfähig
 ohne Hilfsmittel bettlägrig seit: _____

Pflege: selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme
 Dekubitus sonstige Wunden Rehab. Antrag gestellt (Anstalt: _____)

Sonstiges (PEG- Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen oder ähnliches): _____

Mental: unauffällig verwirrt/ Delir. Demenz Depression

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Faxen Sie bitte an: (+43) 04276 2201 - 399

Datum

Unterschrift des zuweisenden Arztes