An das LKH Murtal, Standort Stolzalpe
Department für Akutgeriatrie
und Remobilisation
8852 Stolzalpe

Fax 03532 / 2424-5043

Tel. Sekretariat 03532/2424-5215

Lfd. Nr. (wird von der REM-Station ausgefüllt) |

Absender (Stempel)

Telefon: _____

Patienten-Daten

Familienname |

Vorname |

PLZ, Ort |

Strasse, Hausnr. |

SVNr. | | | | | | Tel.:

☐GKK ☐SVA ☐SVB ☐KFA Graz ☐KFA Wien ☐BVA ☐Andere:

Private Krankenversicherung | ☐Keine ☐Sonderklasse A ☐Sonderklasse B

Voraussichtl. Entlassungstermin |

Wunschtermin Aufnahme REM |

Situation vor Aufnahme in Akutbehandlung

Mobilität ☐selbstständig ☐tw. selbstständig ☐mit Assistenz ☐immobil ☐Altersheim ☐Pflegeheim

Betreuung ☐unabhängig ☐tw. abhängig ☐abhängig ☐Pflegegeld

Weitere Daten

Weitere Versorgung geklärt | ☐ Ja ☐ Nein

Anmeldung in Pflege-/Seniorenheim | ☐ Ja ☐ Nein | Ggf. wo? |

Kontaktadresse, Bezugsperson |

Telefon |

Anmeldender Arzt (Name, Telefon) |

Patient ist über Aufnahme informiert und einverstanden | ☐ Ja ☐ Nein

Hausarzt (Name, Telefon) |

Diagnosen der Akuterkrankungen mit Datum

_____

_____

_____

_____

Remobilisationsziel

_____

_____

Derzeitige Situation des Patienten

Bitte Zutreffendes ankreuzen ☒

Komplikationen
- ☐ Nein
- ☐ Wundheilungsstörungen
- ☐ Kontrakturen
- ☐ Problemkeim _____

Sonde/Stoma
- ☐ Nein
- ☐ Tracheostoma
- ☐ PEG
- ☐ Colostoma

Blasenkatheter
- ☐ Transurethral
- ☐ Suprapubisch

Neuropsychologische Störungen
- ☐ Nein
- ☐ Aphasie
- ☐ Apraxie
- ☐ Dysarthrie
- ☐ Neglect
- ☐ Pusher
- ☐ Sonstige

Bereits mobilisiert
- ☐ Bettrand
- ☐ Gehstock
- ☐ Gehwagen
- ☐ Rollator
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Wegstrecke _____ m

Vorhandene eigene Hilfsmittel
- ☐ Rollstuhl
- ☐ Rollator
- ☐ Gehwagen
- ☐ Hörgerät
- ☐ Gliedmaßenprothese
- ☐ Sonstige

Sehen
- ☐ Unbeeinträchtigt
- ☐ Beeinträchtigt
- ☐ Stark beeinträchtigt

Gehör
- ☐ Unbeeinträchtigt
- ☐ Beeinträchtigt
- ☐ Stark beeinträchtigt

Orientierung zu Ort und Situation
- ☐ Vollständig gegeben
- ☐ Zeitweise gestört
- ☐ Tagelang LEICHT gestört
- ☐ Tagelang WESENTLICH gestört

Verhalten
- ☐ Ruhig
- ☐ Unruhig
- ☐ Unruhig, vor allem nachts

Mitwirkung bei Therapie und Pflege
- ☐ Entwickelt Eigeninitiative
- ☐ Aktiv bei Aufforderung
- ☐ Passiv
- ☐ Unwillig

Cardio-pulmonale Belastbarkeit
- ☐ Keine Einschränkung
- ☐ Leichte Einschränkung
- ☐ Wesentliche Einschränkung

Belastbarkeit der Fraktur | _____ kg

Körpergröße | _____ cm

Körpergewicht | _____ kg

Barthel-Index (ADL): **Punktezahl:**

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

Waschen und Körperpflege
- ☐05 Selbstständig
- ☐00 Benötigt Hilfe

Baden und Duschen
- ☐05 Unabhängig bei Voll- und Duschbad
- ☐00 Nicht selbstständig

Ankleiden
- ☐10 Völlig unabhängig
- ☐05 Benötigt teilweise Hilfe
- ☐00 Völlig hilfebedürftig

Stuhlkontrolle
- ☐10 Kontinent
- ☐05 Teilweise inkontinent
- ☐00 Inkontinent

Harnkontrolle
- ☐10 Kontinent
- ☐05 Teilweise inkontinent
- ☐00 Inkontinent

Toilette
- ☐10 Unabhängig
- ☐05 Braucht teilweise Hilfe
- ☐00 Kann Toilette nicht benützen

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

Bewegung
- ☐15 Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe), mindestens 50 m
- ☐10 Gehen mit Unterstützung, mindestens 50 m
- ☐05 Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mindestens 50 m
- ☐00 Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl)

Treppensteigen
- ☐10 Unabhängig (auch mit Gehhilfe)
- ☐05 Braucht Hilfe oder Supervision
- ☐00 Kann nicht Treppen steigen

_____ _____

Ort, Datum Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

© 2018 Conclusio PR Beratungs GmbH www.conclusio.at