

Department für Akutgeriatrie und Remobilisation

Akutgeriatrie – Vorstand: Prim. Dr. Alfons Gegenhuber

Departmentleiter: OA Dr. Garstener Alexander

Stationsleitung: DGKP Dominik Müllegger

Email: akutgeriatrie.bi@oog.at

Anmeldeformular - Akutgeriatrie

AGK SKM Versicherung:

Name: Geburtsdatum:

Derzeit stationär im KH: Abteilung:

Diagnose:

Therapieziele:

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

Falls binnen 1 Woche keine Antwort eintrifft, bitte nochmals per Mail senden oder telefonische Kontaktaufnahme!!!