



Ansuchen auf Therapieplatz Ambulante geriatrische Remobilisation

Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Heike Muchar
Departmentleiter: OA Dr. Michael Koch

Bereichsleitung: DGKP Nadja Feistritzer
Koordination: Wandaller Julia, BSc.

Tel: +43 (0) 4762 622 7856

Daten des Patienten:

Name:	
Geburtsdatum:	
Versicherungsnummer:	Sozialversicherungsträger:
Adresse:	
Tel.:	
Vertrauensperson:	
Verhältnis zum Patienten/zur Patientin:	
Tel.:	

Zuweiser: _____ Hausarzt: _____

Kontaktperson (KH-Intern): _____ Tel.: _____ DW: _____

Station/ Abteilung: _____

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.

Anmeldungen bitte an: agr@khspittal.com

Datum _____

Unterschrift des zuweisenden Arztes _____

Ambulante Geriatriische Remobilisation
Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Karin Egarter-Scheifflinger
Departmentleiter: OA Dr. Michael Koch
Bereichsleitung: DGKP Nadja Feistritzer
Koordination: Wandaller Julia, BSc.
Tel: +43 (0) 4762 622 7856
Fax Nr.: +43 (0) 4762 622 44 7856

Sehr geehrte Patientin,
Sehr geehrter Patient,

Mit diesem Bogen nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie sich für die ambulante geriatriische Remobilisation anmelden.

Unser Team wird Sie während der Teilnahme an unserem Therapieprogramm mindestens zweimal die Woche zu Hause besuchen, um mit Ihnen zu trainieren und zu üben. Ziel hierbei ist es, dass die Probleme dort gelöst werden, wo sie auftreten. Somit wird der Alltag mit seinen Anforderungen an die tägliche Lebensführung zum Übungs- und Trainingsfeld.

Ein engagiertes, multiprofessionelles Team, bestehend aus geriatrisch ausgebildeten Ärzten, Ergo- und Physiotherapeuten, einer Logopädin und einer Sozialarbeiterin werden Sie zu Hause besuchen um mit Ihnen gemeinsam an einem Therapieziel zu arbeiten.

Wir möchten Sie höflich darauf hinweisen, dass es aufgrund von beschränkten Kapazitäten zu Wartezeiten kommen kann. Über die Aufnahme entscheidet der geriatrische Facharzt, bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Außerdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Dauer der therapeutischen Betreuung seitens unseres Teams zeitlich begrenzt ist und diese wird daher individuell für unsere Patientinnen und unsere Patienten gestaltet und abgestimmt. Wir bitten Sie so gut als möglich während der Therapieeinheiten mitzuarbeiten und vereinbarte Termine verlässlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir die verpasste Therapieeinheit trotzdem verbuchen. Zusätzlich ist es notwendig, dass unseren MitarbeiterInnen Zutritt in Ihr Wohnumfeld gewährt wird, um den bestmöglichen Therapieerfolg zu erzielen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Teilnahme an unserem Therapieprogramm der ambulanten geriatrischen Remobilisation einverstanden sind.

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient

AUFNAHMEBOGEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____

Alter

60-70 Jahre	
71-80 Jahre	
81-90 Jahre	
>90 Jahre	

Betreuungssituation

Status vor Unfall bzw. Geschehen

Zuvor vollkommen selbstständig	
Zuvor geringe Unterstützung durch mobile Dienste oder Familie (z.B. Einkauf, Haushalt etc.)	
Zuvor vermehrte Unterstützung durch mobile Dienste und/oder Familie	
Zuvor bereits Pflegeheim/24h-Betreuung	

Mobilität

Status vor Unfall bzw. Erkrankung

Zuvor vollkommen selbstständig mobil	
Zuvor mit Personenunterstützung (ohne Hilfsmittel) mobil	
Zuvor mit Hilfsmittel <u>selbstständig mobil</u> (Rollmobil, Gehbock, Rollstuhl, etc.)	
Zuvor Transfer (Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl) <u>selbstständig</u> möglich	
Zuvor vollständig <u>immobil</u> (Bettlägerigkeit)	



ALLGEMEIN ÖFFENTLICHES
KRANKENHAUS
SPITTAL/DRAU
SEIT 1925

Ambulante geriatrische Remobilisation

Derzeitiger Status

Vollkommene Selbstständigkeit	
Geringe Unterstützung durch mobile Dienste oder Familie (z.B. Einkauf, Haushalt etc.)	
Vermehrte Unterstützung durch mobile Dienste und/oder Familie	
Pflegeheim/24h-Betreuung	

Derzeitiger Status

Vollkommen selbstständig mobil	
Mit Personenunterstützung (ohne Hilfsmittel) mobil	
Mit Hilfsmittel <u>selbstständig mobil</u> (Rollmobil, Gehbock, Rollstuhl, etc.)	
Transfer (Umsetzen vom Bett in den Rollstuhl) <u>selbstständig</u> möglich	
Vollständig <u>immobil</u> (Bettlägerigkeit)	

AUFNAHMEBOGEN

Name: _____

Geburtsdatum: _____



ALLGEMEIN ÖFFENTLICHES
KRANKENHAUS
SPITTAL/DRAU

Ambulante geriatrische Remobilisation

Medizinische Beurteilung

Diagnosen: _____

Bitte alle antragsrelevanten Diagnosen und Nebendiagnosen angeben und aktuelle Befunde beilegen.

Nur dadurch kann eine Übernahme in die Ambulante geriatrische Remobilisation (AGR) gewährleistet werden.

Geschehnis

Akutes Geschehen	
Geschehen < 6 Monate	
Geschehen > 6 Monate	
Geschehen > 1 Jahr	

Prognose/Therapieziel

Vollständige Remission	
Teilremission	
Erhalt der derzeitigen Ressourcen	

Eigenmotivation PatientIn

Hoch	
Mittel	
Stimmungsabhängig	
Niedrig	

Geistige Orientierung

Vollkommene Orientierung	
Teilorientierung	
Nicht einschätzbar	
Desorientierung	

Unterschrift und Stempel ZuweiserIn