



## Ansuchen auf Therapieplatz Ambulante geriatrische Remobilisation

Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Karin Egarter-Scheiflinger  
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

### 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.

**Faxen Sie bitte an: +43 (0) 4762 622 44 7856**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zuweisenden Arztes

Ambulante Geriatriische Remobilisation  
Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Karin Egarter-Scheiflinger  
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 geriatriischen 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 möglich</u>	
Zuvor vollständig <u>immobil</u> (Bettlägerigkeit)	

### 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 möglich</u>	
Vollständig <u>immobil</u> (Bettlägerigkeit)	



ALLGEMEIN ÖFFENTLICHES  
KRANKENHAUS  
SPITTAL/DRAU  
SEIT 1925

**Ambulante geriatrische Remobilisation**

## AUFNAHMEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



**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