

An das
Tauernklinikum Standort Mittersill
Station Akutgeriatrie/ Remobilisation

Felberstrasse 1
5730 Mittersill

Tel: 06562/4536-350 Fax: 06562/4536-601, [E-Mail: tkm.agr.station@tauernklinikum.at](mailto:tkm.agr.station@tauernklinikum.at)

ANTRAG ZUR AUFNAHME
auf die Akutgeriatrie / Remobilisation

Anmeldedatum: _____ Mögliche Aufnahme ab: _____

Name der Patientin/ des Patienten: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Vers. Nr.: _____ Pflegegeld Stufe: _____

Kontaktperson/ Angehörige: _____

Tel. Nr: _____ Am Besten erreichbar: _____

Übernahmezusage erfolgt telefonisch -

Hauptdiagnose:	
OP am:	
Behandlungsrelevante Nebendiagnosen (z.B. DM, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD)	
Notizen zum bisherigen Verlauf:	
Geplante Kontrollen:	
Frakturbelastbarkeit:	<input type="checkbox"/> volle Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung (kg) <input type="checkbox"/> Entlastung für weitere Wochen

Laufende Medikation: p.o. / im. / s.c. / 1.m.	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Telefonische Rückfragen: _____

Rücknahmezusicherung:

Wenn der Zustand des Patienten nicht den Angaben auf der Anmeldung entspricht bzw. die pflegerischen oder medizinischen Anforderungen im Tauernklinikum Standort Mittersill - Station Akutgeriatrie / Remobilisation nicht erfüllt werden können, erfolgt eine Rückübernahme innerhalb einer Woche.

zur Kenntnis genommen

.....
(Datum)

.....
(Name in Blockschrift und Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes)

PFLEGERELEVANTE DATEN:

(auszufüllen durch die zuständige Pflegeperson, bei Überweisung durch Hausärzte durch den zuständigen Hausarzt)

Mobilität	<p>D mobil ohne Hilfe D mobil mit Unterstützung D mobil mit Gehilfe D immobil</p> <p>Art der Gehilfe:</p> <p>D Rollstuhl D Rollator D Gehstock D Sonstiges</p>
Körperpflege	<p>D selbstständig D mit Unterstützung D vollständige Übernahme</p> <p>Weitere Anmerkungen:</p>
Hautdefekte	
Ernährung	<p>D Selbstständig D mit Unterstützung D Diät: welche?</p>
Schluckstörung	<p>D nein D ja D abgeklärt D nicht abgeklärt</p>
Sprache/ Kommunikation	<p>Liegt eine Beeinträchtigung vor: D nein D ja</p> <p>Hilfsmittel:</p> <p>D Hörgerät li. D Hörgerät re. D Brille</p>
Katheter / Sonden	<p>D Blasenkatheter D ZVK D Trachealkanüle D PEG D Stoma D andere Sonden</p>

<p>Orientierung/ Verhalten</p>	<p>Tag D orientiert D teilweise desorientiert E l desorientiert</p> <p>Nacht D orientiert E l teilweise desorientiert E l desorientiert</p> <p>wenn desorientiert, dann D Zeitlich D Persönlich D Örtlich D Situativ</p> <p>PatientIn ist: D ruhig D unruhig D flüchtig</p>
<p>Weitere Versorgung</p>	<p>Versorgung nach Krankenhausaufenthalt geklärt:: D nein D ja</p> <p>wenn ja wie.....</p> <p>PatientIn will nach Hause D nein D ja</p> <p>Familie kann/ will Pflege übernehmen: D nein E l ja D un schlüssig</p> <p>Anmerkungen dazu:</p> <p>Aufnahme in ein Seniorenheim ist geplant: D nein E l ja E l bereits fixiert</p> <p>Welches Seniorenheim:</p> <p>Wer hat diese Auskünfte gegeben?</p>
<p>Freiheitsbeschränkende Maßnahmen lt. HeimaufG</p>	<p>Tag E l Gurten E l Therapeutisch E l Bettgitter E l Sonstige:</p> <p>Nacht E l Gurten E l Therapeutisch E l Bettgitter E l Sonstige:</p>

Telefonische Rückfragen: _____

.....
 (Datum)

.....
 (Name in Blockschrift und Unterschrift der behandelnden Pflegeperson)