

Anmeldende Stelle bzw. Krankenhaus
mit Adresse und Telefonnummer

An das
Tauernklinikum Standort Mittersill
Station Akutgeriatrie/ Remobilisation
Felberstrasse 1 | 5730 Mittersill

t +43(0)50272-28300 | f +43(0)50272-601601 | tkm.agr.station@tauernklinikum.at

ANTRAG ZUR AUFNAHME

Akutgeriatrie und Remobilisierung

>> im Tauernklinikum Mittersill

Anmeldedatum: Mögliche Aufnahme ab:

Name der Patientin/des Patienten:

PLZ: Ort:

Straße, Hausnummer:

Geburtsdatum: Krankenkasse:

SK AK Vers. Nr.: Pflegegeld Stufe:

Kontaktperson/Angehörige:

Tel. Nr.: Am Besten erreichbar:

Information für Angehörige: **Die Übernahmezusage erfolgt ausschließlich telefonisch!**

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 von 2-3 Werktagen.

zur Kenntnis genommen

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

Hauptdiagnose:

OP am:


Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:
(z.B. DM, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD)

Notizen zum bisherigen Verlauf:

Geplante Kontrollen:

Frakturbelastbarkeit: volle Belastung Teilbelastung (..... kg)
 Entlastung für weitereWochen

Für telefonische Rückfragen an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt:
 Name Telefonnummer

Datum	<div style="text-align: center;">  </div> 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.

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

<p>► Orientierung/ Verhalten</p>	<p>Tag <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilweise desorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert</p> <p>Nacht <input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilweise desorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert</p> <p>wenn desorientiert, dann</p> <p><input type="checkbox"/> zeitlich <input type="checkbox"/> persönlich <input type="checkbox"/> örtlich <input type="checkbox"/> situativ</p> <p>Patient:in ist:</p> <p><input type="checkbox"/> ruhig <input type="checkbox"/> unruhig <input type="checkbox"/> flüchtig</p>
<p>► Weitere Versorgung</p>	<p>> Versorgung nach Krankenhausaufenthalt geklärt:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>wenn ja, wie:</p> <p>> Patient:in will nach Hause: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja</p> <p>> Familie kann/ will Pflege übernehmen:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> unschlüssig</p> <p>Anmerkungen dazu:</p> <p>> Aufnahme in ein Seniorenheim ist geplant:</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> bereits fixiert</p> <p>Welches Seniorenheim:</p> <p>> Wer hat diese Auskünfte gegeben?</p> <p>.....</p>
<p>► Freiheitsbeschrän- kende Maßnahmen laut Heimaufent- haltungsgesetz</p>	<p>Tag <input type="checkbox"/> Gurten <input type="checkbox"/> Therapeutisch <input type="checkbox"/> Bettgitter</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p> <p>Nacht <input type="checkbox"/> Gurten <input type="checkbox"/> Therapeutisch <input type="checkbox"/> Bettgitter</p> <p><input type="checkbox"/> Sonstige:</p>

Für telefonische Rückfragen an die behandelnde Ärztin/den behandelnden Arzt/zuständige Pflegeperson:

Name..... Telefonnummer

<p>Datum</p>	<p></p> <p>Name in Blockschrift und Unterschrift der behandelnden Pflegeperson bzw. der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes.</p>
--------------	---