

An das Landeskrankenhaus Mürzzuschlag
Abteilung für Innere Medizin, REM-Station
Grazer Straße 63-65
A-8680 Mürzzuschlag



Fax 03852/2080-7303 oder 7304
Tel. 03852/2080-7600 od. 7604

Absender (Stempel), genaue Stationsangabe



Telefon:

Patientendaten (Patientenetikett):

Familienname:
Vorname:
PLZ, Ort:
Straße, Hausnr.:
SVNr.: Tel.:
 ÖGK BVAEB Andere:
Sonderklasse Ja Nein

Voraussichtlicher Entlassungstermin:
Wunschtermin Aufnahme zur Remobilisation:

Situation vor Aufnahme in Akutbehandlung:

Mobilität: selbstständig mit Assistenz immobil
Betreuung: Altersheim Angehörige soz. Dienste

Diagnosen der Akuterkrankungen mit Datum:

Was erwartet sich der Patient?

Weitere Versorgung geklärt: Ja Nein
Heimantrag gestellt : Ja Nein
Rehabilitationsantrag gestellt: Ja Nein

Bezugsperson, Kontaktadresse:

Name:
Adresse:
Telefonnr.:

Anmeldender Arzt (Name, Telefon): _____

Hausarzt (Name Telefon): _____

Pat. über Anmeldung informiert Ja Nein

Derzeitige Situation des Patienten Zutreffendes ankreuzen

Komplikationen

- Nein
- Wundheilungsstörungen
- Kontrakturen
- Sonstige _____

Sonde/Stoma

- Nein
- Tracheostoma
- PEG
- Colostomie

Blasenkatheter

- Transurethral
- Suprapubisch

Vorhandene eigene Hilfsmittel

- Rollstuhl
- Rollator
- Reziprokes Gehgestell
- Gliedmaßenprothese
- Sonstige _____

Bereits mobilisiert

- Bettrand
- Gehstock
- Gehwagen
- Rollator
- Rollstuhl
- Wegstrecke _____ m

Vollbelastung Ja Nein
Teilbelastung Ja bis wann: _____
Körpergröße _____ cm
Körpergewicht _____ kg

Sehen

- Unbeeinträchtigt
- Beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Gehör

- Unbeeinträchtigt
- Beeinträchtigt
- Stark beeinträchtigt

Orientierung

- Vollständig gegeben
- Zeitweise gestört
- Tagelang leicht gestört
- Tagelang wesentlich gestört

Verhalten

- Ruhig
- Unruhig
- Unruhig, vor allem nachts

Mitwirkung Therapie/Pflege

- Entwickelt Eigeninitiative
- Aktiv bei Aufforderung
- Passiv
- Unwillig

Cardio-pulmonale Belastbarkeit

- Keine Einschränkung
- Leichte Einschränkung
- Wesentliche Einschränkung

Barthel Index (ADL):

Essen

- 10 Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck
- 05 benötigt Hilfe, z. B. beim Schneiden
- 00 Völlig hilfebedürftig

Waschen und Körperpflege

- 05 Selbstständig
- 00 Benötigt Hilfe

Baden und Duschen

- 05 Unabhängig bei Voll- und Duschbad
- 00 Nicht selbstständig

Ankleiden

- 10 Völlig unabhängig
- 05 Benötigt teilweise Hilfe
- 00 Völlig hilfebedürftig

Stuhlkontrolle

- 10 Kontinent
- 05 Teilweise inkontinent
- 00 Inkontinent

Harnkontrolle

- 10 Kontinent
- 05 Teilweise inkontinent
- 00 Inkontinent

Toilette

- 10 Unabhängig
- 05 Braucht teilweise Hilfe
- 00 Kann Toilette nicht benutzen

Bett-/Stuhltransfer

- 15 Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)
- 10 Minimale Assistenz/Supervision
- 05 Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer
- 00 Bettlägrig

Bewegung

- 15 Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe), mindestens 50 m
- 10 Gehen mit Unterstützung, mindestens 50 m
- 05 Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig mindestens 50 m
- 00 Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl)

Treppensteigen

- 10 Unabhängig (auch mit Gehhilfe)
- 05 Braucht Hilfe oder Supervision
- 00 Kann nicht Treppen steigen

Ort, Datum

Unterschrift der/des Ärztin/Arztes

Keine Indikationen: soziale Gründe inkl. Überbrückung der Wartezeit auf einen Pflegeplatz und Pat. mit terminalen Erkrankungen (Sterbende und Schwerstkranken).
Information: wenn die Mobilisation aus medizinischen Gründen nicht möglich ist, behalten wir uns das Recht für einen RÜCKTRANSFER des/der Pat. innerhalb von 2 Tagen vor!
Die Aufenthaltsdauer beträgt meist zwischen 5 und 21 Tagen und hängt von klinischen Erfordernissen und Fortschritt ab. Es wird daher ersucht, dem Pat. vorab keine fixe Aufenthaltsdauer zuzusagen.