

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



**bettenmanagement.mue.hst@kages.at**  
**Tel. 03852/2080-7103 od. 7301**

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 ☐ Blasenkatheter  
☐ Tracheostoma ☐ Transurethral  
☐ PEG ☐ Suprapubisch  
☐ Colostomie

**Vorhandene eigene Hilfsmittel**

☐ Rollstuhl  
☐ Rollator  
☐ Reziprokes Gehgestell  
☐ Gliedmaßenprothese  
☐ Sonstige \_\_\_\_\_

**Bereits mobilisiert**

☐ Bettrand  
☐ Gehstock  
☐ Gehwagen  
☐ Rollator  
☐ Rollstuhl  
☐ Wegstrecke \_\_\_\_\_ m

Vollbelastung ☐ Ja

Teilbelastung ☐ Ja bis wann \_\_\_\_\_

Körpergröße: \_\_\_\_\_ cm

Körpergewicht \_\_\_\_\_ kg

**FAC:**

- 0: Nicht gehfähig,  
1: Dauerhafte Hilfe  
2: Intermittierende Hilfe  
3: Verbale Unterstützung  
4: Geht selbständig in der Ebene  
5: In allen Belangen selbständig

**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

**Esslinger:**

- H0: keine Hilfe  
H1: spontane Hilfe  
H2: geschulte Laienhilfe erforderlich  
H3: ein Helfer professioneller Standard  
H4: ein professioneller Helfer nicht ausreichend

**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), mind. 50 m  
☐ 10 Gehen mit Unterstützung mind. 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 Schwerstranke).

**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.