

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 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.