

Daten Patient*in:

Familienname:		Vorname:	
Versicherungsnummer:		Geburtsdatum:	
Sozialversicherungsträger:		Tel.:	
Straße:	Hausnr.:	PLZ:	Ort:

Bezugsperson nach Entlassung (Name): _____ **Tel. o. E-Mail:** _____

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____

Station/ Abteilung: _____ **stationär seit:** _____

Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **FAX:** _____

 Sonderklasse: **Allgemeine Klasse** (Übernahme, ab Datum): _____

Aufnahmegrund: _____

THERAPIEZIEL: _____

relevante Diagnosen: _____

AKTUELLE MEDIKATIONSLISTE BEILEGEN!
 Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden

OP-Art(en), Gips, Cast, Fixateur etc. _____ **OP Datum:** _____

Geplante Kontrollen: _____ Vollbelastung Teilbelastung (Dauer: _____)

Aktuelle Infektion: Clostridien MRGN MRSA keine bekannt

 andere Infektionen: _____

Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.
Situation vor der Aufnahme:
Wohnen: privat Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen Pflegeheim Bettenstation

Einrichtung: _____ Einrichtung: _____

Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht gehfähig bettlägerig seit: _____

Hilfsmittel ohne Hilfsmittel mit Hilfsmittel Verwendete(s) Hilfsmittel: _____

 Gehstrecke vor KH-Aufenthalt ca. _____ Meter

Betreuung: keine nötig Soz. Dienste - wie oft: _____ 24h Betreuung

 Angehörigenbetreuung vorhanden

Situation derzeit:
Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen nicht gehfähig bettlägerig seit: _____

 ohne Hilfsmittel mit Hilfsmittel Verwendete(s) Hilfsmittel: _____

 Gehstrecke derzeit ca. _____ Meter

Pflege: selbstständig mit Hilfe vollständige Übernahme

Haut: Dekubitus Sonstige Wunden - Lokalisation + Größe: _____

Sonstiges: (PEG-Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen o. ä.): _____

Mental: unauffällig desorientiert/ Delir Demenz Depression

Pflegegeld: Pflegegeld vorh. PG-Stufe: _____ Erhöhung beantragt Pflegegeld eingereicht

Anträge: Rehab. beantragt (Datum: _____) Pflegeheim beantragt (Datum: _____)

Geplante Entlassung: nach Hause ohne soziale Dienste soziale Dienste, Ausmaß: _____

 Pflegeheim Appartement/Betr. Wohnen Pflegeheim Bettenstation

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt, entscheidet das geriatrische Team. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.
Es können nur vollständig ausgefüllte und unterschriebene Formulare bearbeitet werden.
Senden/ Faxen Sie das Formular bitte an: AGR-Anmeldung@khgh.at oder **01/ 59988 - 4410095**

AGR-Bettenvergabe: Tel. 01 40088 9140 (Mo-Fr 9-12h)

Einschlusskriterien

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| > 65. Lebensjahr mit Multimorbidität | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Drohende oder neu eingetretene Einschränkung der Selbstständigkeit | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Patient*in ist motiviert und möchte selbst einen Aufenthalt auf der AGR | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Realistische Perspektive auf Erlangung der Selbstständigkeit im Alltag innerhalb von 3 Wochen | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Falls vorliegend: postoperative Situation (blande Wunde, volle Belastbarkeit) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Gesicherte Zusage auf Rückkehr ins gewohnte Umfeld nach Aufenthalt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Barthel- Index >30 Punkte (von 100) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Ausschlusskriterien

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Infektionserkrankungen – akut (z.B. Covid-19 Infektion, Influenza, Pneumonie) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Immobilität | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| VAC Versorgung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Aktuell laufende Dialyse | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Terminale Erkrankung, laufende Chemo- oder Strahlentherapie | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Akute Erkrankung (akuter Herzinfarkt, Lungenembolie, akuter Schlaganfall etc.) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Stabiler Pflegepatient (Pat. für PH/ Übergangspflege angemeldet) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Fortgeschrittene Demenz, welche die aktive Mitarbeit ausschließt | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| Akute psychiatrische Erkrankung (z.B. Borderline Krise, Delir, HOPS, schwere Depression) | | |
| Bewusstseinsstörung, Entzugssyndrome, kataton-stuporöser Zustand,) | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Datum

<p>Stempel und Unterschrift: Ärztin* Arzt bzw. aktuell betreuende Abteilung</p>

<p>Unterschrift: Patient*in</p>
