

**Anmeldende Stelle bzw. Krankenhaus
mit Adresse und Tel. Nr.**

An die
Gemeinnützige Oberndorfer Krankenhausbetriebsges.m.b.H.
Station Akutgeriatrie/ Remobilisation

Paracelsusstraße 37
5110 Oberndorf

Tel: 06272-4334-239 Fax: 06272-4334-271 E-Mail: AG-Remob@kh-oberndorf.at

**ANTRAG ZUR AUFNAHME
auf die Akutgeriatrie / Remobilisation**

Anmeldedatum: _____ Mögliche Aufnahme ab: _____

Name der Patientin/ des Patienten: _____

PLZ: _____ Ort: _____

Straße: _____

Geburtsdatum: _____ Krankenkasse: _____

Vers. Nr.: _____ Pflegegeld Stufe: _____

Kontaktperson/ Angehörige: _____

Tel. Nr: _____ Am Besten erreichbar: _____

Übernahmezusage erfolgt telefonisch –

Hauptdiagnose:	
OP am:	
Behandlungsrelevante Nebendiagnosen (z.B. DM, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD)	
Notizen zum bisherigen Verlauf:	
Geplante Kontrollen:	
Frakturbelastbarkeit:	<input type="checkbox"/> volle Belastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung (kg_____) <input type="checkbox"/> Entlastung für weitere ____ Wochen

PFLEGERELEVANTE DATEN:

(auszufüllen durch die zuständige Pflegeperson, bei Überweisung durch Hausärzte durch den zuständigen Hausarzt)

Mobilität	<input type="checkbox"/> mobil ohne Hilfe <input type="checkbox"/> mobil mit Unterstützung <input type="checkbox"/> mobil mit Gehilfe <input type="checkbox"/> immobil Art der Gehilfe: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Sonstiges.....
Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme Weitere Anmerkungen:
Hautdefekte	
Ernährung	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Diät: welche?
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> abgeklärt <input type="checkbox"/> nicht abgeklärt
Sprache/ Kommunikation	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
Katheter / Sonden	<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

