



## Ansuchen auf Therapieplatz Ambulante geriatrische Remobilisation

Abteilungsvorstand: Prim. Dr. Gerhard Dietrich  
Departmentleiter: OA Dr. Michael Koch  
Bereichsleitung: DGKP Brigitte Kurz  
Koordination: Katharina Scherzer, BA  
Tel: +43 (0) 4762 622 7856  
Fax Nr.: +43 (0) 4762 622 44 7856

### Daten des Patienten:

|   |                            |
|---|----------------------------|
| Name:                                   |                            |
| Geburtsdatum:                           |                            |
| Versicherungsnummer:                    | Sozialversicherungsträger: |
| Adresse:                                |                            |
| Tel.:                                   |                            |
| Vertrauensperson:                       |                            |
| Verhältnis zum Patienten/zur Patientin: |                            |
| Tel.:                                   |                            |

Zuweiser: \_\_\_\_\_ Hausarzt: \_\_\_\_\_

Kontaktperson (KH-Intern): \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_ DW: \_\_\_\_\_

Station/ Abteilung: \_\_\_\_\_

Heimsauerstoff vorhanden  Ja  Nein

OP-Art(en), Implantiertes Material. 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.

**Faxen Sie bitte an: +43 (0) 4762 622 44 7856**

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zuweisenden Arztes

## AUFNAHMEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

### Alter

|             |  |
|-------------|--|
| 60-70 Jahre |  |
| 71-80 Jahre |  |
| 81-90 Jahre |  |
| >90 Jahre   |  |

### Betreuungssituation

#### Status vor Unfall bzw. Geschehen

|   |  |
|---|--|
| Zuvor vollkommen selbstständig  |  |
| Zuvor geringe Unterstützung durch mobile Dienste oder Familie (z.B. Einkauf, Haushalt etc.) |  |
| Zuvor vermehrte Unterstützung durch mobile Dienste und/oder Familie                         |  |
| Zuvor bereits Pflegeheim/24h-Betreuung  |  |

### Mobilität

#### Status vor Unfall bzw. Erkrankung

|  |  |
|--|--|
| Zuvor vollkommen selbstständig mobil           |  |
| Zuvor mit Personenunterstützung mobil          |  |
| Zuvor mit Hilfsmittel mobil (Rollmobil etc.)   |  |
| Zuvor nicht mobil (Rollstuhl, Bettlägerigkeit) |  |



ALLGEMEIN ÖFFENTLICHES  
KRANKENHAUS  
SPITTAL/DRAU

Ambulante geriatrische Remobilisation

#### Derzeitiger Status

|   |  |
|---|--|
| Vollkommene Selbstständigkeit   |  |
| Geringe Unterstützung durch mobile Dienste oder Familie (z.B. Einkauf, Haushalt etc.) |  |
| Vermehrte Unterstützung durch mobile Dienste und/oder Familie                         |  |
| Pflegeheim/24h-Betreuung  |  |

#### Derzeitiger Status

|  |  |
|--|--|
| Vollkommen selbstständig mobil           |  |
| Mit Personenunterstützung mobil          |  |
| Mit Hilfsmittel mobil (Rollmobil etc.)   |  |
| Nicht mobil (Rollstuhl, Bettlägerigkeit) |  |

## AUFNAHMEBOGEN

Name: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_



ALLGEMEIN ÖFFENTLICHES  
KRANKENHAUS  
SPITTAL/DRAU

Ambulante geriatrische Remobilisation

## Medizinische Beurteilung

Diagnosen: \_\_\_\_\_

### Geschehnis

|                      |  |
|----------------------|--|
| Akutes Geschehen     |  |
| Geschehen < 6 Monate |  |
| Geschehen > 6 Monate |  |
| Geschehen > 1 Jahr   |  |

### Prognose/Therapieziel

|   |  |
|---|--|
| Vollständige Remission                                    |  |
| Teilremission   |  |
| Erhalt der derzeitigen Ressourcen<br>○ Palliativbetreuung |  |

### Eigenmotivation Patient/in

|                   |  |
|-------------------|--|
| Hoch              |  |
| Mittel            |  |
| Stimmungsabhängig |  |
| Niedrig           |  |

### Geistige Orientierung

|                          |  |
|--------------------------|--|
| Vollkommene Orientierung |  |
| Teilorientierung         |  |
| Nicht einschätzbar       |  |
| Desorientierung          |  |

---

Unterschrift und Stempel Zuweiser/in

Krankenhaus Spittal/Drau Gemeinnützige GmbH, Billrothstraße 1, A-9800 Spittal/Drau  
Tel.: +43 (0) 4762 622 o Fax: +43 (0) 4762 622 444 Mail: office@khspittal.com Web: www.khspittal.com  
Firmenbuch Nr.: 162921S, LG Klagenfurt DVR: 0243574 UID: ATU43681501 HVBNR: 925430

Ambulante Geriatrische Remobilisation  
Abteilungsmitglied: Prim. Dr. Gerhard Dietrich  
Departmentleiter: OA Dr. Michael Koch

Bereichsleitung: DGKP Brigitte Kurz  
Koordination: Katharina Scherzer, BA

Tel: +43 (0) 4762 622 7856  
Fax Nr.: +43 (0) 4762 622 44 7856

Sehr geehrte Patientin,  
Sehr geehrter Patient,

Mit diesem Bogen nehmen Sie zur Kenntnis, dass Sie sich für die ambulante geriatrische Remobilisation anmelden.

Unser Team wird Sie während der Teilnahme an unserem Therapieprogramm mindestens zweimal die Woche zu Hause besuchen, um mit Ihnen zu trainieren und zu üben. Ziel hierbei ist es, dass die Probleme dort gelöst werden, wo sie auftreten. Somit wird der Alltag mit seinen Anforderungen an die tägliche Lebensführung zum Übungs- und Trainingsfeld.

Ein engagiertes, multiprofessionelles Team, bestehend aus geriatrisch ausgebildeten Ärzten, Ergo- und Physiotherapeuten, einer Logopädin und einer Sozialarbeiterin werden Sie zu Hause besuchen um mit Ihnen gemeinsam an einem Therapieziel zu arbeiten.

Wir möchten Sie höflich darauf hinweisen, dass es aufgrund von beschränkten Kapazitäten zu Wartezeiten kommen kann. Über die Aufnahme entscheidet der geriatrische Facharzt, bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Außerdem möchten wir Sie darauf hinweisen, dass die Dauer der therapeutischen Betreuung seitens unseres Teams zeitlich begrenzt ist und diese wird daher individuell für unsere Patientinnen und unsere Patienten gestaltet und abgestimmt. Wir bitten Sie so gut als möglich während der Therapieeinheiten mitzuarbeiten und vereinbarte Termine verlässlich einzuhalten oder mindestens 24 Stunden vorher abzusagen. Ansonsten müssen wir die verpasste Therapieeinheit trotzdem verbuchen. Zusätzlich ist es notwendig, dass unseren Mitarbeitern/Mitarbeiterinnen Zutritt in Ihr Wohnumfeld gewährt wird, um den bestmöglichen Therapieerfolg zu erzielen.

Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie, dass Sie mit der Teilnahme an unserem Therapieprogramm der ambulanten geriatrischen Remobilisation einverstanden sind.

---

Ort, Datum

Unterschrift Patientin/Patient