



Anmeldung zur Aufnahme an die Akutgeriatrie

Patientenname: Zuweisender Arzt:
Geburtsdatum: Krankenhaus:
SV Träger: Abteilung:
SV Nummer: Tel. Nr.:
Mögliches Übernahmedatum:

Einverständnis Patient vorliegend

Allgemeinklasse Sonderklasse Einzelzimmer

Hauptdiagnose ICD10:

Relevante Nebendiagnosen:

Aktuelle Infektionen: MRGN MRSA ESBL keine

Sonstige Infektionen:

Zielvorstellung:

Geplante Kontrollen:

Extramurale Versorgung bis zum aktuellen Aufenthalt:

- Pflegeheim wohnt zu Hause selbstständig
 HKP Betreutes Wohnen 24h Betreuung
 Betreuung durch Angehörige ausreichend

Erwachsenenvertretung Bezugsperson
Name Name
Tel. Nr. Tel. Nr.

Patientenverfügung vorliegend

Pflegegeld Stufe:

Versorgung nach Krankenhaus Aufenthalt geklärt:

- Pflegeheim zu Hause selbstständig
 Betreuung durch Angehörige ausreichend 24h Betreuung
 HKP Betreutes Wohnen

Hautzustand:

- Gips: ja nein bis
- Mieder: ja nein bis
- Schiene: ja nein bis
- Verband: ja nein bis

- Freiheitsbeschränkung:** medikamentös
- nicht medikamentös: Therapietisch
- Bettgitter
- Sonstiges

Rücknahmezusicherung:

Wenn der Zustand des Patienten nicht den Angaben auf der Anmeldung entspricht bzw. die pflegerischen oder medizinischen Anforderungen in der Station Akutgeriatrie / Remobilisation nicht erfüllt werden können, erfolgt eine Rücküberstellung bzw. Entlassung (bei Zuweisungen durch den Hausarzt) innerhalb von 3 Tagen.

- zur Kenntnis genommen

Datum

Name in Blockschrift und Unterschrift des Arztes

Aufgrund der beschränkten Kapazität ergeben sich Wartezeiten. Ob eine Aufnahme erfolgt entscheidet der geriatrische Facharzt. Bei Übernahmemöglichkeit werden Sie von uns zeitgerecht verständigt.

Unsere DaMe-Adresse lautet: KHFRIES

Das Formular steht auf unserer Homepage unter www.dokh.at zum Download zur Verfügung