ABTEILUNG FÜR INNERE MEDIZIN
Ambulante geriatrische Remobilisation/Betreuung
Vorstand: Prim. Dr. Felix Waidmann
A.Ö. KRANKENHAUS DES DEUTSCHEN ORDENS FRIESACH GMBH
St. Veiter Straße 12 • 9360 Friesach • TEL +43 (0) 4268 2691 DW 2695
FAX +43 (0) 4268 2691 DW 4695 • altersmedizin@dokh.at • www.dokh.at

Ansuchen auf Übernahme zur Ambulanten Geriatrischen Remobilisation

Österreichische Gesundheitskasse
Kärntner Gesundheitsfonds

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

Zuweiser (Krankenhaus/ Hausarzt): _____ **Station/ Abteilung:** _____

Kontaktperson: _____ **Tel.:** _____ **DW:** _____

Sonderklasse: ☐ 1-Bett ☐ 2-Bett ☐ **Allgemeine Klasse** - Übernahme, ab Datum: _____

Diagnosen: _____

_____

☐ Sauerstoffpflichtig 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.

Situation vor der Aufnahme:

Wohnen: ☐ privat ☐ betreutes Wohnen ☐ Bettenstation ☐ Pflegeheim u. ä. Einrichtung

Mobilität: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfspersonen ☐ nicht mobil
☐ mit Hilfsmittel (Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) ☐ nicht gehfähig
☐ ohne Hilfsmittel ☐ bettlägrig seit: _____

Hilfsmittel: ☐ Nein ☐ Ja, welches _____

Betreuung: ☐ keine nötig ☐ soz. Dienste ☐ 24h Betreuung
☐ Angehörigenbetreuung vorhanden ☐ Pflegegeld (Stufe__), beantragt am: _____

Situation derzeit:

Mobilität: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfspersonen ☐ Nicht mobil
☐ mit Hilfsmitteln (benötigt Hilfe beim Transfer oder Begleitung beim Gehen) ☐ nicht gehfähig
☐ ohne Hilfsmittel ☐ bettlägrig seit: _____

Pflege: ☐ selbstständig ☐ mit Hilfe ☐ vollständige Übernahme
☐ Dekubitus ☐ sonstige Wunden ☐ Rehab. Antrag gestellt (Anstalt: _____)

Sonstiges (PEG- Sonde, Cystofix, Stoma, Schmerzpumpen oder ähnliches): _____

Mental: ☐ unauffällig ☐ verwirrt/ Delir. ☐ Demenz ☐ Depression

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.

_____ _____
Datum *Unterschrift des zuweisenden Arztes*