



## ABTEILUNG FÜR INNERE MEDIZIN

mit Akutgeriatrie/Remobilisation

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 2303  
FAX +43 (0) 4268 2691 DW 7859 • interne@dokh.at • www.dokh.at

### 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

Name .....

Tel. Nr. ....

☐ Bezugsperson

Name .....

Tel. Nr. ....

☐ Patientenverfügung vorliegend

☐ Pflegegeld Stufe: .....

#### Versorgung nach Krankenhaus Aufenthalt geklärt:

- ☐ Pflegeheim ☐ zu Hause ☐ selbstständig  
☐ Betreuung durch Angehörige ausreichend ☐ 24h Betreuung  
☐ HKP ☐ Betreutes Wohnen ☐ in Bearbeitung mit/durch: .....

I N N O V A T I V H E L F E N U N D H E I L E N



**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](http://www.dokh.at) zum Download zur Verfügung