

An das  
Tauernklinikum Standort Mittersill  
Station Akutgeriatrie/ Remobilisation

Felberstrasse 1  
5730 Mittersill

Tel: 06562/4536-350 Fax: 06562/4536-601, [E-Mail: tkm.agr.station@tauernklinikum.at](mailto:tkm.agr.station@tauernklinikum.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 -

<b>Hauptdiagnose:</b>	
<b>OP am:</b>	
<b>Behandlungsrelevante Nebendiagnosen (z.B. DM, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD)</b>	
<b>Notizen zum bisherigen Verlauf:</b>	
<b>Geplante Kontrollen:</b>	
<b>Frakturbelastbarkeit:</b>	<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)

<b>Mobilität</b>	<p>D mobil ohne Hilfe                      D mobil mit Unterstützung  D mobil mit Gehilfe                      D immobil</p> <p><b>Art der Gehilfe:</b></p> <p>D Rollstuhl    D Rollator    D Gehstock  D Sonstiges .....</p>
<b>Körperpflege</b>	<p>D selbstständig                              D mit Unterstützung  D vollständige Übernahme  Weitere Anmerkungen:</p>
<b>Hautdefekte</b>	
<b>Ernährung</b>	<p>D Selbstständig                              D mit Unterstützung  D Diät: welche?</p>
<b>Schluckstörung</b>	<p>D nein    D ja    D abgeklärt    D nicht abgeklärt</p>
<b>Sprache/ Kommunikation</b>	<p>Liegt eine Beeinträchtigung vor: D nein    D ja</p> <p><b>Hilfsmittel:</b></p> <p>D Hörgerät li.    D Hörgerät re.    D Brille</p>
<b>Katheter / Sonden</b>	<p>D Blasenkatheter    D ZVK    D Trachealkanüle  D PEG                      D Stoma    D andere Sonden</p>

<p><b>Orientierung/ Verhalten</b></p>	<p>Tag    D orientiert   D teilweise desorientiert                  E l desorientiert</p> <p><b>Nacht</b>   D orientiert   E l teilweise desorientiert                  E l desorientiert</p> <p><b>wenn desorientiert, dann</b>                  D Zeitlich    D Persönlich    D Örtlich    D Situativ</p> <p>PatientIn ist:                  D ruhig            D unruhig    D flüchtig</p>
<p><b>Weitere Versorgung</b></p>	<p>Versorgung nach Krankenhausaufenthalt geklärt::          D nein   D ja</p> <p>wenn ja wie.....</p> <p>PatientIn will nach Hause          D nein   D ja</p> <p>Familie kann/ will Pflege übernehmen:         D nein                           E l ja   D unschlüssig</p> <p>Anmerkungen dazu:</p> <p>Aufnahme in ein Seniorenheim ist geplant:         D nein                           E l ja   E l bereits fixiert</p> <p>Welches Seniorenheim:</p> <p>Wer hat diese Auskünfte gegeben?</p>
<p><b>Freiheitsbeschränkende Maßnahmen lt. HeimaufG</b></p>	<p>Tag    E l Gurten    E l Therapeutisch    E l Bettgitter                  E l Sonstige:</p> <p>Nacht    E l Gurten    E l Therapeutisch    E l Bettgitter                  E l Sonstige:</p>

**Telefonische Rückfragen:** \_\_\_\_\_

.....  
 (Datum)

.....  
 (Name in Blockschrift und Unterschrift der behandelnden Pflegeperson)