

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 -

Hauptdiagnose:		
OP am:		
Behandlungsrelevante Nebendiagnosen (z.B. DM, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD)		
Notizen zum bisherigen Verlauf:		
Geplante Kontrollen:		
Frakturbelastbarkeit:	<input type="checkbox"/> volle Belastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung (kg)
	<input type="checkbox"/> Entlastung für weitere	Wochen

Laufende Medikation: p.o. / im. / s.c. / 1.m.	Früh	Mittags	Abends	Nachts

Telefonische Rückfragen: _____

Rücknahmezusicherung:

Wenn der Zustand des Patienten nicht den Angaben auf der Anmeldung entspricht bzw. die pflegerischen oder medizinischen Anforderungen im Tauernklinikum Standort Mittersill - Station Akutgeriatrie / Remobilisation nicht erfüllt werden können, erfolgt eine Rückübernahme innerhalb einer Woche.

☐ zur Kenntnis genommen

.....
(Datum)

.....
(Name in Blockschrift und Unterschrift der
behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes)

PFLEGERELEVANTE DATEN:

(auszufüllen durch die zuständige Pflegeperson, bei Überweisung durch Hausärzte durch den zuständigen Hausarzt)

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

