

**Anmeldende Stelle bzw. Krankenhaus  
mit Adresse und Tel. Nr.**

An die  
Gemeinnützige Oberndorfer Krankenhausbetriebsges.m.b.H.  
Station Akutgeriatrie/ Remobilisation

Paracelsusstraße 37  
5110 Oberndorf

Tel: 06272-4334-239 Fax: 06272-4334-271 E-Mail: AG-Remob@kh-oberndorf.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</b> (z.B. DM, pAVK, KHK, Hypertonie, COPD)	
<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>	<input type="checkbox"/> mobil ohne Hilfe <input type="checkbox"/> mobil mit Unterstützung <input type="checkbox"/> mobil mit Gehilfe <input type="checkbox"/> immobil <b>Art der Gehilfe:</b> <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Gehstock <input type="checkbox"/> Sonstiges.....
<b>Körperpflege</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme Weitere Anmerkungen:
<b>Hautdefekte</b>	
<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/> mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Diät: welche?
<b>Schluckstörung</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> abgeklärt <input type="checkbox"/> nicht abgeklärt
<b>Sprache/ Kommunikation</b>	Liegt eine Beeinträchtigung vor: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>Hilfsmittel:</b> <input type="checkbox"/> Hörgerät li. <input type="checkbox"/> Hörgerät re. <input type="checkbox"/> Brille
<b>Katheter / Sonden</b>	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> andere Sonden

