Kärntner Gesundheitsfonds	KÄRNTNER GEBIETSKRANKENKASSE GKK KÄRNTEN	**FORMULAR** **Ansuchen auf Übernahme** **Ambulante Geriatrische Remobilisation**	V: 00406.2026

Ambulante Geriatrische REMOBILISATION elisabethinen allgemeines öffentliches Krankenhaus

Das für Österreich neue Modul der Ambulanten Geriatrischen Remobilisation wurde im Jahr 2013 auf Initiative des A.ö. Krankenhauses der Elisabethinen in Klagenfurt gestartet.

KABEG LKH LAAS

Abteilungsleitung:
Prim. Dr. M. Musshauser

Information LKH Laas
Tel. Nr.+43 (0) 4715 7701
FTAPI: office.laas@kabeg.at
DaMe: KH832324

Daten des Patienten:

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

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

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

Diagnosen:_____

_____

☐ Sauerstoffpflichtig Heimsauerstoff vorhanden ☐ Ja ☐ Nein

OP-Art(en), Implantiertes Material. Gips, Cast, Fixateur etc. _____

_____ **OP Datum:**_____

Geplante Kontrollen:_____ ☐ Vollbelastung ☐ Teilbelastung (Dauer:_____)

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.

_____ _____

Datum Unterschrift des zuweisenden Arztes

Zur besseren Lesbarkeit dieses Dokumentes wurde eine Geschlechtsform gewählt.