



MARIENKRANKENHAUS VORAU
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Marienkrankenhaus Voralp Gemeinnützige GmbH

Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 318

E-Mail: rem@marienkrankenhaus.at
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Voralp gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp

ANMELDUNG AKUTGERIATRIE / REMOBILISATION / RNS

ZUWEISER*IN

Zuweis*in (Krankenhaus-Abteilung bzw. niedergelassene(r) Arzt / Ärztin)

E-Mail-Adresse / Telefon bzw. Faxnummer

PERSÖNLICHE DATEN (1)

Familienname

Vorname(n)

Telefonnummer für Rückfragen bzw. zur Terminvereinbarung

PLZ, Ort

Straße/Hausnummer

Sozialversicherungsnummer

Geburtsdatum (TT.MM.JJJJ)

Seite 1



MARIENKRANKENHAUS VORAU
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Marienkrankenhaus Voralp Gemeinnützige GmbH

Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 318

E-Mail: rem@marienkrankenhaus.at
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Voralp gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp

PERSÖNLICHE DATEN (2)

Sozialversicherung

ÖGK

KFA

SVS-LW

SVS-GW

BVA-OEB

BVA-EB

Andere, Welche?

Selbst versichert?

JA

NEIN

Hauptversicherter (Name, Versicherungsnummer, Geburtsdatum)

Gebührenklasse

Allgemeine Klasse

BVA

Sonderklasse Zweitbett

Sonderklasse Einbett

Pflegegeld / Pflegestufe

Antrag auf Erhöhung/Bewilligung gestellt am (TT.MM.JJJJ)

Hausarzt, Telefonnummer

Bezugsperson, Telefonnummer

Erwachsenenvertreter, Telefonnummer

Seite 2



MARIENKRANKENHAUS VORAU
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Marienkrankenhaus Voralp Gemeinnützige GmbH

Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 318

E-Mail: rem@marienkrankenhaus.at
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Voralp gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp

AUFNAHMEGRUND / HAUPTDIAGNOSE (Indikation für geriatrische Remobilisation) (1)

Aufnahmegrund / Hauptdiagnose / Akutereignis

Bitte relevante Vorbefunde / Arztbrief des letzten stationären Aufenthaltes beilegen!

Relevante Nebendiagnosen:

OP geplant

JA

NEIN

Wenn ja (geplantes) OP-Datum (TT.MM.JJJJ):

Operierendes Krankenhaus - Abteilung:

OP-Art(en), Implantiertes Material:

Gips, Cast, Fixateur, Mieder, etc?

JA

NEIN

Wenn ja welches:

Belastungssituation (postoperativ)*:

Vollbelastung

Teilbelastung ____kg - vorrauss. Vollbelastung ab:

Belastungsverbot - vorrauss. Vollbelastung ab:

Seite 3



MARIENKRANKENHAUS VORAU
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Marienkrankenhaus Voral Gemeinnützige GmbH

Spitalstraße 101 | A-8250 Voral
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 318

E-Mail: rem@marienkrankenhaus.at
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Voral gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Voral

AUFNAHMEGRUND / HAUPTDIAGNOSE (Indikation für geriatrische Remobilisation) (2)

Geplante Behandlungen/Kontrolltermine (Datum/Leistung) innerhalb der kommenden 3 Monate ab Antrag:

Remobilisationsziel:

Wunschtermin AG/REM (TT.MM.JJJJ):

Aktuelle Infektionen

- keine bekannt
- Clostridien
- MRGN
- MRSA
- VRE
- andere _____



MARIENKRANKENHAUS VORAU
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Marienkrankenhaus Voralp Gemeinnützige GmbH

Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 318

E-Mail: rem@marienkrankenhaus.at
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Voralp gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp

SITUATION V O R AKUTEREIGNIS

Wohnen

alleine

Familie

Pflegeheim u.ä. Einrichtungen (betreutes Wohnen)

Mobilität

selbstständig

mit Hilfsperson

mit Hilfsmittel _____

mit Rollstuhl

immobil

Betreuung

keine Nötig

Soz. Dienste

24h Betreuung

Kognition

Keine Einschränkung

Einschränkung / Diagnosen: _____



MARIENKRANKENHAUS VORAU
GEMEINNÜTZIGE GMBH

Marienkrankenhaus Vorau Gemeinnützige GmbH

Spitalstraße 101 | A-8250 Vorau
Tel: +43 (0)3337 2254 | Fax: DW 318

E-Mail: rem@marienkrankenhaus.at
www.marienkrankenhaus.at

Marienkrankenhaus Vorau gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Vorau

SITUATION N A C H AKUTEREIGNIS (1)

Barthel-Index	Max Punkte	Punkte
1. Essen		
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	_____
2. Baden		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	_____
3. Waschen		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	_____
4. An- und Auskleiden		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	_____
5. Stuhlkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	_____
6. Urinkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	_____
7. Toilettenbenutzung		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	_____
8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägrig	0	_____
9. Bewegung		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50m	15	
Mindestens 50m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50m	5	
Kann sich nicht mindestens 50m fortbewegen	0	_____
10. Treppensteigen		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe oder Supervision	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	_____
GESAMTPUNKTZAHL (max 100)		_____

Seite 6



Marienkrankenhaus Voralp gGmbH | Spitalstraße 101 | A-8250 Voralp

SITUATION N A C H AKUTEREIGNIS (2)

Kardiopulmonale Belastbarkeit

Keine Einschränkung Leichte Einschränkung Wesentliche Einschränkung

Sauerstoffbedarf

Ja Nein Intermittierend

Kognitiver Status

Keine Einschränkung Einschränkung / sonstige Diagnosen: _____

Orientierung / Nachtverhalten

Orientiert Desorientiert Unruhig Ruhig

Neurologische / Psychiatrische Störungen

keine Dysphagie Dysathrie Neglect
 Pusher Despressio Psychosen

Motivation

Ausgeprägt Motivierbar Vermindert

Hautdefekte

Nein Ja
Wenn Hautdefekte, Lokalisation(-en)? _____

Sonde

Nein Ja
Wenn ja, welche? _____

Stoma

Nein Ja
Wenn ja, welches System? _____