



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](mailto:rem@marienkrankenhaus.at)  
[www.marienkrankenhaus.at](http://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 Zweibett

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](mailto:rem@marienkrankenhaus.at)  
[www.marienkrankenhaus.at](http://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
<b>1. Essen</b>		
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	_____
<b>2. Baden</b>		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	_____
<b>3. Waschen</b>		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	_____
<b>4. An- und Auskleiden</b>		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	_____
<b>5. Stuhlkontrolle</b>		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	_____
<b>6. Urinkontrolle</b>		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	_____
<b>7. Toilettenbenutzung</b>		
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	_____
<b>8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer</b>		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägrig	0	_____
<b>9. Bewegung</b>		
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	_____
<b>10. Treppensteigen</b>		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe oder Supervision	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	_____
<b>GESAMTPUNKTZAHL (max 100)</b>		_____

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     Depressio     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? \_\_\_\_\_