**Zuweisungsformular - Abgestufte geriatrische Remobilisation in der Steiermark**

**Datum der Zuweisung:**

**Vorschlag des\*der Zuweiser\*in:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| mobile REM (mobiREM) | tagesambulante REM | stationäre REM (AG/R) |

**Stammdaten Patient\*in:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Vorname: | | Nachname: | |
| Geschlecht: | weiblich | männlich | divers |
| Geburtsdatum: | | SVNR: | |
| Tel./E-Mail: | | | |
| Versicherungsträger: | | Sonderklasse | Allgemeine Klasse |
| Wohnort: | | PLZ: | |
| Straße: | | | |
| Angehörige/Erwachsenenvertretung (Name, Telefon, E-Mail): | | | |

**Zuweiser\*in:**

|  |  |
| --- | --- |
| Zuweiser\*in (Name/Einrichtung/Stempel): | Abteilung: |
| Kontaktperson: | Tel./Fax: |

**Klinischer Zustand Patient\*in**

|  |  |
| --- | --- |
| Akutereignis (Art & Datum) /Indikation zur Antragsstellung: |  |
| Relevante Vorbefunde/Arztbrief des letzten stationären Aufenthaltes beilegen! | |
| Relevante Nebendiagnose(n):  (z.B. Chronische Erkrankungen und Infektionen, Dialyse…) |  |
| Geplante Behandlungen/Kontrolltermine (Datum/Leistung) innerhalb der kommenden 3 Monate ab Antrag: (u.a. Rehabilitation/Onkolog. Therapie) |  |
| Gewünschtes Übernahmedatum in die REM: |  |

**Situation vor Akutereignis**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Wohnen/**  **Betreuung/**  **Pflege:** | zu Hause - selbstständig | zu Hause - mit Unterstützung  mit Familie/Angehörigen  mobile Dienste  24 h Betreuung | | Pflegeheim |
| **Mobilität/**  **Hilfsmittel:** | selbstständig | mit Hilfsmittel, welches: | Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig | bettlägerig |
| **Kognitiver Status:** | keine Einschränkung | leichte/mittlere  Einschränkung | | schwere Einschränkung |

**Situation nach Akutereignis (zum Zeitpunkt der Antragstellung)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Barthel-Index** |  | | | |
| **Mobilität/**  **Hilfsmittel** | selbstständig | mit Hilfsmittel, welches: | Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig | bettlägerig |
| **Volle Frakturbelastbarkeit:** | | ja | nein  bis wann: Datum | |
| **Kardiopulmonale Belastbarkeit:** | | keine Einschränkung | leichte Einschränkung | wesentliche Einschränkung |
| **Kognitiver Status:** | | keine Einschränkung | leichte/ mittlere  Einschränkung | schwere Einschränkung |
| **Motivation:** | | gegeben | nicht gegeben | ein-geschränkt |
| **Sonstiges:**  Stoma  PEG | LTOT  BVWK  Chron. Wunden | Weitere Anmerkungen (z.B. Isolierbedarf, Dialysepflichtigkeit): | | |
| **Remobilisationsziel Patient\*in:** | |  | | |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Vom REM-Team auszufüllen**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Bewilligung zur REM-Form:** | mobile REM (mobiREM) | tages-ambulante REM | stationäre REM (AG/R) |
| **Nicht bewilligt**  *Begründung der Ablehnung:* | kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar  „höheres biologisches Alter“ nicht erfüllt  keine positive Therapieprognose/ Remobilisationszielerreichung  kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation  unzureichende Angaben im Anmeldeformular  keine Kapazitäten | | |
| **Datum der Beurteilung:** |  | | |
| **Unterschrift verantw. Arzt\*Ärztin** |  | | |