**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/mittlereEinschränkung | [ ]  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/ mittlereEinschränkung | [ ]  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** |  |