

 <b>Kärntner Gesundheitsfonds</b>	 <b>KÄRNTNER GEBIETSKRANKENKASSE</b> <b>GKK KÄRNTEN</b>	V: 001/12.2017 Gültig ab: 7
<b>Ansuchen um Übernahme der ambulanten geriatrischen Remobilisation</b>		



**Abteilungsleitung:** Prim. Dr. Hörmann  
**Station:**  
Tel. Nr.: +43 (0) 4715 7701 73270  
**Ambulanz:**  
Tel. Nr.: +43 (0) 4715 7701 74456  
Fax Nr.: +43 (0) 4715 8636

**Daten des Patienten:**

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

**Zuweiser** (Krankenhaus/ Hausarzt): \_\_\_\_\_ **Station/ Abteilung:** \_\_\_\_\_

**Kontaktperson:** \_\_\_\_\_ **Tel.:** \_\_\_\_\_ **DW:** \_\_\_\_\_

**Sonderklasse :**  1-Bett/  2-Bett  **Allgemeine Klasse** - Übernahme, ab Datum: \_\_\_\_\_

**Diagnosen:** \_\_\_\_\_

Sauerstoffpflichtig  Heimsauerstoff vorhanden  Ja  Nein

**OP-Art(en), Implantiertes Material. Gips, Cast, Fixateur etc.** \_\_\_\_\_

**OP Datum:** \_\_\_\_\_

Geplante Kontrollen: \_\_\_\_\_  Vollbelastung  Teilbelastung (Dauer: \_\_\_\_\_)

**Aktuelle Infektion:**  Clostridien  MRGN  MRSA  keine bekannt  
 **andere Infektionen:** \_\_\_\_\_ Kein Ausschlussgrund, Information dient organisatorischen Zwecken.

**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.**

**Faxen Sie bitte an:** +43 (0) 4715 8636

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des zuweisenden Arztes