

Zuweisung für die AG/R

E-Mail: patientenservice@khs.kreuzschwestern.at, Tel. Nr.: 07259/2142-0, FAX: 07259 2142 14044

Patient/Patientin:

Institution:

SV-Nr. + Geb. Datum:

Abteilung/Station:

Straße:

Arzt/Ärztin:

PLZ + Wohnort:

Telefon-Nr. + DW:

Klasse/Zusatzvers.:

Entlassungsmanagement:

Stationär seit:

Entlassungsfähig ab:

Aktuelle Hauptdiagnosen/OP'S:	
Begleiterkrankungen:	
Medikation:	
Bisherige Mobilität, Lebens- u. Wohnsituation:	

Bisherige Hilfsdienste	Pflege und Mobilität	Körperpflege
☐ Essen auf Räder ☐ Hauskrankenpflege ☐ Angehörige	☐ ohne Hilfe ☐ mit Hilfe von __ PP ☐ nicht gehfähig ☐ Hilfsmittel _____	☐ ohne Hilfe ☐ mit Hilfe ☐ vollständige Übernahme nötig
Essen/Trinken	Kommunikation	Orientierung
☐ ohne Hilfe ☐ mit Hilfe ☐ Übernahme nötig ☐ Schluckstörung ☐ PEG	☐ normal ☐ eingeschränkt ☐ Hilfsmittel _____	☐ voll orientiert ☐ teilweise orientiert ☐ desorientiert
	Harn	Stuhl
	☐ kontinent ☐ inkontinent ☐ DK	☐ kontinent ☐ inkontinent ☐ Stoma
Dekubitus/Hautver- änderungen/Verbände:	☐ Ja, Lokalisation: ☐ Nein	

Covid-19 symptomfrei	☐ Ja	☐ Nein	
Covid-19 Impfung	☐ vollständig	☐ teilweise	☐ Nein

Nur vollständig ausgefüllte Formulare können bearbeitet werden!

Datum: _____

Unterschrift: _____