

## Zuweisung für die AG/R

Tel. Nr. 07259/2142-0, patientenservice@khs.kreuzschwestern.at

Patient: \_\_\_\_\_ AZ: \_\_\_\_\_  
 Geb. Datum: \_\_\_\_\_ Abt.Nr.: \_\_\_\_\_  
 Adresse: \_\_\_\_\_  
 Kostenträger: \_\_\_\_\_ Zusatzvers.: \_\_\_\_\_  
 Abteilung: \_\_\_\_\_ Klasse: \_\_\_\_\_

Stationär seit: \_\_\_\_\_ Entlassungsfähig ab: \_\_\_\_\_

Diagnosen/aktuelle OP's: \_\_\_\_\_

Begleiterkrankungen: \_\_\_\_\_

Medikation: \_\_\_\_\_

Bisherige Mobilität, Lebens- u. Wohnsituation: \_\_\_\_\_

Bisherige Hilfsdienste

Essen auf Räder  Hauskrankenpflege  Angehörige

Was erwartet sich der Patient/Angehörige: \_\_\_\_\_

Pflege + Mobilität

ohne Hilfe  mit Hilfe von \_\_\_\_ PP  nicht gehfähig  Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Körperpflege

ohne Hilfe  mit Hilfe  vollständige Übernahme nötig

Dekubitus/Hautveränderungen/Verbände: \_\_\_\_\_

Essen/Trinken

ohne Hilfe  mit Hilfe  Übernahme nötig  Schluckstörung  PEG/MS

Kommunikation

normal  eingeschränkt  Hilfsmittel \_\_\_\_\_

Harn

kontinent  inkontinent  DK  Stuhl  kontinent  inkontinent  Anus praeter

Orientierung

voll orientiert  teilweise orientiert  desorientiert

Covid-19 symptomfrei

Ja  Nein

Covid-19 Impfung

vollständig  1. Teilimpfung  erwünscht

Datum: \_\_\_\_\_ Unterschrift: \_\_\_\_\_ Station/Telefon Nr.: \_\_\_\_\_