

Zuweisung für die AG/R

Tel. Nr. 07259/2142-0, Fax DW 14044, 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.: _____