# Zuweisung für die AG/R

E-Mail: [patientenservice@khs.kreuzschwestern.at](mailto:patientenservice@khs.kreuzschwestern.at), Tel. Nr.: 07259/2142-0

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_