# Zuweisung für die AG/R

E-Mail: 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_