

mobiREM ZUWEISUNGSDOCUMENT

Abgestufte geriatrische Remobilisation in der Steiermark



Datum der Zuweisung

Vorschlag des*der Zuweiser*in

mobile REM (mobiREM)

tagesambulante REM

stationäre REM (AG/R)



STAMMDATEN PATIENT*IN

Vorname

Nachname

Geschlecht

weiblich

männlich

divers

Geburtsdatum

SVNR

Telefon / E-Mail

Versicherungs-
träger

Sonderklasse

Allgemeine Klasse

Wohnort

PLZ

Straße

Angehörige/
Erwachsenenver-
tretung (Name,
Telefon, E-Mail)

Hausarzt*ärztin
(Name, Telefon):



ZUWEISER*IN

Name

Einrichtung

Abteilung

Kontaktperson

Telefon



KLINISCHER ZUSTAND PATIENT*IN

| | |
|---|--|
| Akutereignis (Art & Datum) / Indikation zur Antragsstellung | |
| Relevante Nebendiagnose(n) (z. B. Chronische Erkrankungen und Infektionen, Dialyse...) | |
| Geplante Behandlungen / Kontrolltermine (Datum / Leistung) innerhalb der kommenden 3 Monate ab Antrag (u. a. Rehabilitation / Onkolog. Therapie) | |

Relevante Vorbefunde/Arztbrief des letzten stationären Aufenthaltes beilegen!

Gewünschtes Übernahmedatum in die REM



SITUATION VOR AKUTEREIGNIS

| | | | |
|--|-----------------------------|---|--|
| Wohnen / Betreuung / Pflege | zu Hause / selbstständig | zu Hause – mit Unterstützung mit Familie / Angehörigen mobile Dienste 24 h Betreuung | Pflegeheim |
| Mobilität / Hilfsmittel | selbstständig | mit Hilfsmittel, welches? | bettlägerig Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig |
| Kognitiver Status | keine Einschränkung | leichte/mittlere Einschränkung | schwere Einschränkung |



SITUATION NACH AKUTEREIGNIS (ZUM ZEITPUNKT DER ANTRAGSTELLUNG)

| | | | |
|--|-------------------------------|------------------------------|---|
| Barthel-Index | | | |
| Mobilität / Hilfsmittel | selbstständig | mit Hilfsmittel, welches? | bettlägerig Hilfsperson(en) beim Transfer notwendig |
| Volle Frakturbelastbarkeit | | ja | nein bis wann: Datum |
| Kardiopulmonale Belastbarkeit | | keine Einschränkung | leichte Einschränkung wesentliche Einschränkung |
| Kognitiver Status | | keine Einschränkung | leichte / mittlere Einschränkung schwere Einschränkung |
| Motivation | | gegeben | nicht gegeben eingeschränkt |
| Sonstiges | Stoma PEG Isolierbedarf | BVWK Chron. Wunden | Weitere Anmerkungen (z. B. Dialysepflichtigkeit) |

Remobilisationsziel Patient*in



VOM REM-TEAM AUSZUFÜLLEN

| Bewilligung zur REM-Form | mobile REM (mobiREM) | tagesambulante REM | stationäre REM (AG/R) |
|--|--|-----------------------|--------------------------|
| Nicht bewilligt Begründung der Ablehnung | kein Akutereignis als Grund für geriatrische Remobilisation erhebbar „höheres biologisches Alter“ nicht erfüllt keine positive Therapieprognose/Remobilisationszielerreichung kein Bedarf an multiprofessioneller Remobilisation unzureichende Angaben im Anmeldeformular keine Kapazitäten Wohnort außerhalb einer mobiREM Versorgungsregion Sonstiges ... | | |

Datum der Beurteilung

.....
*Unterschrift verantw. Arzt*Ärztin*

.....
NAME in BLOCKBUCHSTABEN