

**An das
LANDESKRANKENHAUS WESTSTEIERMARK
Standort Voitsberg**

A-8570 Voitsberg, Conrad v. Hötzendorfstr. 31

Abteilung für Innere Medizin2, AG/REM-Station

Leiter: Prim. Dr. Peter Mrak

Tel.Nr.: 03142 / 201 – 3720, Fax.Nr.: 03142 / 201 – 3709

Steiermärkische Krankenanstaltengesellschaft m.b.H.



PATIENTEN – DATEN (Blockschrift oder Etikette)	
Familiennamen	
Vorname	
PLZ, Ort	
Straße, Hausnr.	
SVNr.	
<input type="checkbox"/> Allg. Klasse	<input type="checkbox"/> SKL
Tel.Nr. Angehörige:	
Hausarzt (Name, Telefon)	

Diagnosen der Akuterkrankungen
OP Datum:

DERZEITIGE SITUATION DES PATIENTEN	
Bitte Zutreffendes ankreuzen <input checked="" type="checkbox"/>	
Komplikationen	Sehen
<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Kontrakturen	Gehör
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Unbeeinträchtigt
Sonde/Stoma	<input type="checkbox"/> Beeinträchtigt
<input type="checkbox"/> Nein	Orientierung zu Ort und Situation
<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Vollständig gegeben
<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> Zeitweise gestört
<input type="checkbox"/> Colostoma	<input type="checkbox"/> Tagelang wesentlich gestört
Blasenkatheter	Verhalten
<input type="checkbox"/> Transurethral	<input type="checkbox"/> Ruhig
<input type="checkbox"/> Suprapubisch	<input type="checkbox"/> Unruhig
Neurophysiologische Störungen	<input type="checkbox"/> Unruhig, vor allem nachts
<input type="checkbox"/> Nein	Mitwirkung bei Therapie u. Pflege
<input type="checkbox"/> Hemiplegie/-parese	<input type="checkbox"/> Entwickelt Eigeninitiative
<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Aktiv bei Aufforderung
<input type="checkbox"/> Sonstige	<input type="checkbox"/> Passiv
Bereits mobilisiert	<input type="checkbox"/> Unwillig
<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel	Cardio-pulmonale Belastbarkeit
<input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Keine Einschränkung
<input type="checkbox"/> Wegstrecke	<input type="checkbox"/> Leichte Einschränkung
Belastbarkeit der Fraktur	<input type="checkbox"/> Wesentliche Einschränkung
 kg

Wunschtermin Aufnahme AG/REM:
Voraussichtlicher Entlassungstermin:

Lfd. Nr. (wird von der AG/REM-Station ausgefüllt)

Absender (Stempel)
Fax
.....
zuständiger Arzt: (Name in Blockschrift)

Situation vor Aufnahme in Akutbehandlung
Mobilität
<input type="checkbox"/> selbständig
<input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel (.....)
<input type="checkbox"/> immobil
<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen
Betreuung:
<input type="checkbox"/> unabhängig
<input type="checkbox"/> abhängig

Barthel – Index (ADL):	Punktezahl:	<input type="text"/>
Essen	Toilette	
<input type="checkbox"/> ₁₀ Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> ₁₀ Unabhängig	
<input type="checkbox"/> ₀₅ Benötigt Hilfe, z.B. beim Schneiden	<input type="checkbox"/> ₀₅ Braucht tw. Hilfe	
<input type="checkbox"/> ₀₀ Völlig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> ₀₀ Kann Toilette nicht benutzen	
Waschen und Körperpflege	Bett-/Stuhltransfer	
<input type="checkbox"/> ₀₅ Selbständig	<input type="checkbox"/> ₁₅ Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	
<input type="checkbox"/> ₀₀ Benötigt Hilfe	<input type="checkbox"/> ₁₀ Minimale Assistenz / Supervision erforderlich	
Baden und Duschen	<input type="checkbox"/> ₀₅ Kann sitzen, braucht aber Hilfe beim Transfer	
<input type="checkbox"/> ₀₅ Unabhängig bei Voll- u. Duschbad	<input type="checkbox"/> ₀₀ Bettlägrig	
<input type="checkbox"/> ₀₀ Nicht selbständig	Bewegung	
Ankleiden	<input type="checkbox"/> ₁₅ Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe), mindestens 50 m	
<input type="checkbox"/> ₁₀ Völlig unabhängig	<input type="checkbox"/> ₁₀ Gehen m. Unterstützung mindestens 50 m	
<input type="checkbox"/> ₀₅ Benötigt teilweise Hilfe	<input type="checkbox"/> ₀₅ Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mindestens 50 m	
<input type="checkbox"/> ₀₀ Völlig hilfsbedürftig	<input type="checkbox"/> ₀₀ Kann sich nicht selbstständig fortbewegen (Gehen oder Rollstuhl)	
Stuhlkontrolle	Harnkontrolle	
<input type="checkbox"/> ₁₀ Kontinent	<input type="checkbox"/> ₁₀ Kontinent	
<input type="checkbox"/> ₀₅ Teilweise inkontinent	<input type="checkbox"/> ₀₅ Teilweise inkontinent	
<input type="checkbox"/> ₀₀ Inkontinent	<input type="checkbox"/> ₀₀ Inkontinent	
Treppensteigen		
<input type="checkbox"/> ₁₀ Unabhängig (auch mit Gehhilfe)		
<input type="checkbox"/> ₀₅ Braucht Hilfe oder Supervision		
<input type="checkbox"/> ₀₀ Kann nicht Treppensteigen		

..... Datum Unterschrift der/des Ärztin/Arztes
----------------	---