

mobiREM ZUWEISUNGSFORMULAR

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	BVWK	Weitere Anmerkungen (z. B. Dialysepflichtigkeit)	
	PEG	Chron.			
Isolierbedarf		LTOT	Wunden		
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 Vorausgehender stationärer AGR-Aufenthalt Sonstiges ...		

Datum der Beurteilung

.....
*Unterschrift verantw. Arzt*Ärztin*
.....
NAME in BLOCKBUCHSTABEN