

per Email: [wigev@sanatoriumhera.at](mailto:wigev@sanatoriumhera.at)

## Patientendaten

Titel (vor):		Vorname*:	
Familiennamen*:		Titel (nach):	
Geburtsdatum*:			
Geschlecht: <input type="radio"/> weiblich <input type="radio"/> männlich <input type="radio"/> divers			
Sozialversicherungsträger*:			
Sozialversicherungsnummer*:			
Zusatzversicherung: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein			
Telefonnummer*:			
Straße und Hausnummer*:			
Postleitzahl*:		Ort*:	

## Arzt-Hinweise

Aufnahmegrund:	
Bisherige Operationen/Erkrankungen:	
Derzeitige Medikation:	
<b>Aktuelle Infektionen:</b> <input type="radio"/> Closteridien <input type="radio"/> MRGN <input type="radio"/> MRSA <sup>1</sup> <input type="radio"/> VRE <input type="radio"/> COVID <input type="radio"/> keine <small><sup>1</sup>(bei Risikopatient*innen negativer Befund/Screening vor Transfer erforderlich!)</small>	
<b>COVID-Impfung erhalten (mind. 2x) – letzte Impfung am:</b> <input type="radio"/> JANSSEN <input type="radio"/> keine	
<b>Transfer:</b> <input type="radio"/> ab sofort <input type="radio"/> ab Datum:	
<b>Hilfsdienste vor Aufnahme notwendig:</b> <input type="radio"/> nein <input type="radio"/> ja, und zwar:	
Frequenz der aktuell benötigten Hilfsdienste:	
Durchführende Organisation:	
<b>Mobilität derzeit:</b> Gehstrecke vor dem Aufenthalt (Meter): <input type="radio"/> mit Unterstützung von PP <input type="radio"/> ohne Hilfe <input type="radio"/> mit Krücke <input type="radio"/> mit Rollstuhl <input type="radio"/> dzt. Immobil <input type="radio"/> Vollbelastung <input type="radio"/> Teilbelastung bis am: <input type="radio"/> keine Belastung bis am:	

<b>Patientin mobilisierbar:</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Kardiologisch stabil:</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Respiratorisch stabil:</b>	<input type="radio"/> ja – kein Sauerstoff	<input type="radio"/> nein	
<b>Harn:</b>	<input type="radio"/> kontinent	<input type="radio"/> inkontinent	<input type="radio"/> DK/Cystofix
<b>Stuhl:</b>	<input type="radio"/> kontinent	<input type="radio"/> inkontinent	
<b>Hören:</b>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> taub
<b>Sehen:</b>	<input type="radio"/> normal	<input type="radio"/> eingeschränkt	<input type="radio"/> blind
<b>Hautzustand:</b>	<input type="radio"/> intakt <input type="radio"/> Hautdefekt vorhanden, und zwar: Position: _____ Größe (cm): _____		
<b>Ernährung:</b>	<input type="radio"/> selbständig <input type="radio"/> mit Hilfe <input type="radio"/> PEG-Sonde <input type="radio"/> Diät <input type="radio"/> spezielle Kostform, und zwar: _____		
<b>Körpergröße (cm):</b>	_____		
<b>Gewicht (kg):</b>	_____		
<b>Orientierung:</b>	<input type="radio"/> voll <input type="radio"/> teilweise nicht orientiert: <input type="radio"/> tagsüber <input type="radio"/> nachts <input type="radio"/> Tag und Nacht		
<b>Bewusstseinsbeeinträchtigung:</b>	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein	
<b>Erwachsenenschutzvertretung:</b>	Tel.: _____		
<b>Kontakt-/Vertrauensperson:</b>	Tel.: _____		
<b>Pflegeheim/Reha-, AGR Kurzzeitpflege angemeldet:</b>	<input type="radio"/> ja, wann: _____	<input type="radio"/> nein	
<b>Pflegestufe:</b>	<b>Pflegegeldantrag eingereicht:</b> <input type="radio"/> ja: <input type="radio"/> nein		

### Zuweiser

<b>Name* (Krankenhaus/Abteilung/Station):</b>	_____
<b>Anmeldung durch Ärztin/Arzt*:</b>	_____
<b>Titel (nach):</b>	_____
<b>Fach*:</b>	_____
<b>Telefonnummer*:</b>	_____
<b>Emailadresse*:</b>	_____

