

## ANFORDERUNGSFORMULAR für das Mobile Palliativ-Team Graz/GU

Bitte aktuellen Arztbrief dringend beilegen!

Name	
Geb.	
Straße	
PLZ	
Ort	
Tel	

**Kontakt:**

Tel: 0316/385-17062

Fax: 0316/385-12925

[mpt@uniklinikum.kages.at](mailto:mpt@uniklinikum.kages.at)

<b>Diagnosen</b>  <b>Symptomatik</b>  <b>Fragestellung</b>			
	Allergien:		
<b>Geplante Entlassung voraussichtlich am</b> ___/___/___ <b>(Bitte unbedingt angeben)</b>			
Der/die Pat. ist mit der Kontaktaufnahme durch das <b>MPT</b> einverstanden <input type="radio"/> <b>NEIN</b> <input type="radio"/> <b>JA</b>			
<b>Ansprecherso</b>	<input type="radio"/> <b>Patient_in selbst</b> <input type="radio"/> <b>An- und Zugehörige</b>		
<b>Mobilität:</b>	<input type="radio"/> nicht eingeschränkt <input type="radio"/> eingeschränkt <input type="radio"/> bettlägrig		
<b>Besonderer Pflegebedarf:</b>		<b>Betreuungsnetz/extramurale Versorgung:</b>	
<input type="radio"/> Stoma	<input type="radio"/> Implantat/Prothese	<input type="radio"/> unbekannt	<input type="radio"/> mit Partner_in/ Familie
<input type="radio"/> PEG/NGS	<input type="radio"/> BVWK	<input type="radio"/> lebt allein	<input type="radio"/> mit 24h-Pflege
<input type="radio"/> PCA-Pumpe (s.c./ i.v.)	<input type="radio"/> Dekubitus/Ulkus	<input type="radio"/> Betreutes Wohnen	<input type="radio"/> Senioren-/ Pflegeheim
<input type="radio"/> rückenmarksnahe Analgesie	<input type="radio"/> Sonstiges:	<input type="radio"/> Sonstiges	<input type="radio"/> Erwachsenenvertreter_in
<b>Anmerkungen</b>		Kontaktperson/ Angehörige_r/ Erwachsenenvertreter_in:	
<b>Hausarzt /-ärztin</b>		Tel.	
Tel:		Verh. zum/zur Pat.:	
<b>Pflegegeld:</b>		<b>Hilfsmittelversorgung bis HEUTE:</b>	
<input type="radio"/> keines	<input type="radio"/> beantragt am ___/___/	<input type="radio"/> Gehhilfen	<input type="radio"/> Rollstuhl
<input type="radio"/> lfd. Bezug Stufe:	<input type="radio"/> Erhöhung beantragt am ___/___/	<input type="radio"/> Leibstuhl	<input type="radio"/> Pflegebett/Antidekubitusmatratze
		<input type="radio"/> Heim-Sauerstoff/ -Konzentrator	
Abteilungsstempel & Unterschrift		<b>Zuweiser_in:</b> (in Blockschrift / leserlich)	
		<b>Tel:</b>	