

SPITALSEINWEISUNG	ÖGK			Andere Kostenträger	1 Erwerbstätig Arbeitslos Selbstvers.	5 Pensionist/in	7 Kriegshin- terbliebene/r	9		
	Bitte den Namen des Kostenträgers einsetzen!				Bitte zutreffendes Feld bezeichnen!					
Patient/in				Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Versicherungsnummer		Geburtsdatum		
Familiename, Vorname								Tag	Monat	Jahr
Wohnadresse (bzw. Adresse Pflegeheim)										
Versicherte/r				Geschlecht: <input type="checkbox"/> m <input type="checkbox"/> w		Versicherungsnummer		Geburtsdatum		
Familiename/n, Vorname/n								Tag	Monat	Jahr
Beschäftigt bei (Dienstgeber/in, Dienstort)							Staatsbürgerschaft: <input type="checkbox"/> Österreich <input type="checkbox"/> EU <input type="checkbox"/> Anderer Staat:			
Liegt eine PatientInnenverfügung (Verfügung über den Einsatz lebensverlängernder Maßnahmen) vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein										
Zusätzliche Angaben bei PatientInnen mit einer Europäischen Krankenversicherungskarte (E-111)										
Persönliche Identifikationsnummer (Feld Nr. 6)										
Identifikationscode der Versicherung (Feld Nr. 7)										
Identifikationsnummer der Karte (Feld Nr. 8)										
Ablaufdatum (Feld Nr. 9)		Tag	Monat	Jahr	Länder-Code					
Medizinische Angaben										
Einweisungsdiagnose (Verdachtsdiagnose) (Bitte ausführen):						<input type="checkbox"/> infektiös		<input type="checkbox"/> nicht infektiös		
Aktuelle Symptome, erhobene Befunde (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> siehe Beilage		
Wesentliche Nebendiagnosen (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> siehe Beilage
Weitere Gründe für Zuweisung (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> siehe Beilage		
Angaben zu Medikation										
Akuttherapie:										
verabreicht am: um Uhr										
Dauermedikation (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> siehe Beilage
Allergien/Medikamentenunverträglichkeit (Bitte ausführen oder Zutreffendes ankreuzen):						<input type="checkbox"/> keine		<input type="checkbox"/> unbekannt		<input type="checkbox"/> siehe Beilage

Benötigtes Spitalsbett / Bestätigung der Verfügbarkeit (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)			
<input type="checkbox"/> Männer-Bettes auf einer Abt. Der/Die Kranke bedarf eines <input type="checkbox"/> Frauen-Bettes auf einer Abt. <input type="checkbox"/> Kinder-Bettes auf einer Abt.			
Die Aufnahme im wurde zugesichert.			
Bettenzusage erfolgte durch	<input type="checkbox"/> Leitstelle <input type="checkbox"/> Rotes Kreuz <input type="checkbox"/> Samariterbund Österreich <input type="checkbox"/> Grünes Kreuz <input type="checkbox"/> Wiener Rettung <input type="checkbox"/> Johanniter-Unfall-Hilfe <input type="checkbox"/> Malteser <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Dienst habende/n Oberärztin/-arzt		
Transportanforderung (Nur auszufüllen, wenn kein öffentliches Verkehrsmittel benutzt werden kann!)			
<input type="checkbox"/> Der/Die Kranke ist bedingt gehfähig und bedarf eines Vertragsfahrtendienstes (Pkw-Transport) Der Transport erfolgt: <input type="checkbox"/> sitzend neben dem Fahrer <input type="checkbox"/> sitzend im eigenen Krankenfahrstuhl (Rollstuhl)	<input type="checkbox"/> Der/Die Kranke bedarf eines Krankentransportwagens Der Transport erfolgt: <input type="checkbox"/> sitzend (im Tragsessel) <input type="checkbox"/> liegend (auf der Trage)		
Der Transport wurde beauftragt von um Uhr			
Private Kontaktperson (Bitte eintragen)			
Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.			
Medizinische Vertrauensperson (ggf. bitte eintragen)			
Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.	Sachwalter/in (ggf. bitte eintragen)		
Name/Anschrift (zumindest Bezirk), Telefon-Nr.			
Soziale Situation vor Akutereignis (Bitte Zutreffendes ankreuzen und eintragen)			
Lebenssituation:	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> Familie <input type="checkbox"/> Heim <input type="checkbox"/> unbekannt <input type="checkbox"/> EP		
Alltagsbewältigung:	<input type="checkbox"/> ohne Unterstützung <input type="checkbox"/> nur mit Unterstützung möglich <input type="checkbox"/> unbekannt		
Betreuungssituation:	<input type="checkbox"/> keine Dienste <input type="checkbox"/> Betreuung durch Dienste <input type="checkbox"/> unbekannt (Dienste recherchieren)		
Wohnsituation (zB: sanitärer Übelstand, keine Heizung etc.)			
Durch Spital zu informierende Dienste / med. ProfessionistInnen (Bitte alles Zutreffende ankreuzen u. eintragen)			
<input type="checkbox"/> Siehe Beilage (zB: Gesundheitsmappe etc. bitte angeben) <input type="checkbox"/> Gesundheitszentrum (Bitte betreuendes GSZ hier eintragen) <input type="checkbox"/> Soziale Dienste (Heimhilfe, Essen auf Rädern etc.) (Bitte Namen des Dienstes/der Dienste eintragen) <input type="checkbox"/> (Med.) Hauskrankenpflege (Bitte Namen des Dienstes/der Dienste eintragen) <input type="checkbox"/> Andere (MTDs, ...) (bitte eintragen)			
Unterlagen nach Verfügbarkeit mitnehmen und durch Ankreuzen kennzeichnen			
<input type="checkbox"/> Keine Unterlagen verfügbar <input type="checkbox"/> Blutgruppenausweis <input type="checkbox"/> Diabetikerausweis <input type="checkbox"/> Schrittmacherausweis <input type="checkbox"/> Personalausweis	<input type="checkbox"/> Impfpass <input type="checkbox"/> Marcoumarausweis <input type="checkbox"/> Allergieausweis <input type="checkbox"/> Pflegedokumentation <input type="checkbox"/> Versicherungskarte	<input type="checkbox"/> Gesundheitsmappe <input type="checkbox"/> Letzter Entlassungsbrief <input type="checkbox"/> Medikamente oder Medikamentenplan <input type="checkbox"/> Befunde (Labor, Röntgen, ...) <input type="checkbox"/> Sonstiges	
Einweisende/r Ärztin/Arzt		Hausärztin/-arzt bzw. behandelnde/r Fachärztin/-arzt	
<input type="checkbox"/> siehe Hausärztin/-arzt			
Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes	Datum	Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes