

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Fax 0521 772-75115

Rückfragen Belegungssteuerung 0521 772-75191

Patientendaten (Aufkleber)	<input type="checkbox"/> gesetzlich versichert <input type="checkbox"/> privat (Zusatz-)versichert Wahlleistung: <input type="checkbox"/> Chefarzt <input type="checkbox"/> 1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett
Verlegungsfähig ab/gew. Aufnahmeterm:	
Aufnahmeterm/Station:	
Anmeldende Klinik/zuweisender Arzt/Hausarzt Ansprechpartner/Station (Tel./Fax-Nr.) für Rückmeldung	
<input type="checkbox"/> Verlegende Klinik hat derzeit keine eigenen Kapazitäten <input type="checkbox"/> Medizinische Notwendigkeit der Behandlung besteht	
Hauptdiagnose/Nebendiagnosen:	
Welche Behandlungsziele sollen erreicht werden?	
Letzte geriatrische Behandlung (wo/wann?):	
Infektionen/Besiedelungen: <input type="checkbox"/> Keine <input type="checkbox"/> Ja, welche: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> __MRGN wo? <input type="checkbox"/> Befunde liegen bei Übernahme vor	
Aktuelle Situation: Andere Gründe für Isolation / Einzelunterbringung: _____	
Demenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> leicht <input type="checkbox"/> schwer <input type="checkbox"/> demenz-assoz. Verhaltensstörung <input type="checkbox"/> Weglauftendenz	
Verwirrtheit/Delir/Psychiatr. Erkrankung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Welche? _____	
Körpergewicht (ca.): _____ kg Dialyse: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Datum nächste: _____ O₂: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> intermitt. <input type="checkbox"/> dauernd	
Tracheostoma: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Schluckstörung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja PEG: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja MS: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Mobilität: <input type="checkbox"/> bettlägerig <input type="checkbox"/> Sitzen <input type="checkbox"/> Stand <input type="checkbox"/> Gehen <input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg	
Transfers: <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> teilsebst. <input type="checkbox"/> selbständig HiMi: <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Stock <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Sonstige	
Harninkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> Vorlagen Stuhlinkontinenz: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Stoma: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	
Wunden/Dekubitus: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo _____ <input type="checkbox"/> VAC-Verband	
Besondere Arzneimittel: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja welche _____	
Barthel-Index: _____ Punkte (siehe beigegefügtes Formular) Pflegegrad: _____ PPR A ____ / S ____	
Häusliche Situation: <input type="checkbox"/> zu Hause <input type="checkbox"/> allein <input type="checkbox"/> m. Angehörigen <input type="checkbox"/> amb. Pflegedienst <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege	
ges. Betreuung: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Kontaktdaten:	
Kontakt Daten der Angehörigen: Name: _____ Tel.: _____	
Pat. bzw. Angehörige sind über Verlegung informiert: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Pat. ist mit 2-wöchiger Therapiedauer einverstanden: <input type="checkbox"/> ja	

Dieses Fax enthält vertrauliche und/oder rechtlich geschützte Informationen. Wenn Sie nicht der richtige Adressat sind oder dieses Fax irrtümlich erhalten haben, informieren Sie bitte sofort den Absender und vernichten Sie dieses Fax. Das unerlaubte Kopieren sowie die unbefugte Weitergabe dieses Faxes ist nicht gestattet.