

# Anmeldung zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung



**FAX-Nr. 02 51 / 27 06 - 7 52** (bitte leserlich und vollständig ausfüllen)

|  |                                   |                      |
|--|-----------------------------------|----------------------|
| <b>Zwingende Voraussetzungen:</b><br>1. Vollendung des 70. Lebensjahres<br>2. Es besteht Krankenhausbehandlungs-bedürftigkeit und<br>3. Frührehabfähigkeit<br>4. Es wurde noch kein Antrag auf Leistungen nach § 40 SGB V (Reha) gestellt<br>5. Es wurde noch keine geriatrische Komplexbehandlung hinsichtlich der aktuellen Hauptdiagnose durchgeführt<br>6. Der Patient/die Patientin/ggf. Betreuer ist mit der 2-3-wöchigen Behandlung einverstanden<br><br><b>Voraussetzungen sind erfüllt</b> <input type="checkbox"/> <b>Ja</b> | <b>Stempel der Fachabteilung:</b> |                      |
|  | <b>Behandelnder Arzt</b>          | <b>Telefonnummer</b> |

## Angaben zum Patienten

|  |   |   |   |
|--|---|---|---|
| <b>Patientenetikett</b><br>(alternativ handschriftlich eintragen)<br><br>Nachname, Vorname<br><br>Geburtsdatum |   | <b>Hausarzt</b><br><br><b>Mobilität</b><br><input type="checkbox"/> gehfähig <input type="checkbox"/> rollstuhlmobil <input type="checkbox"/> immobil<br><br><b>Körperpflege</b><br><input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Anleitung/ Unterstützung<br><input type="checkbox"/> vollständige Übernahme |   |
| <b>Krankenversicherung</b>   | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat       | <input type="checkbox"/> Zusatzversichert   | <input type="checkbox"/> Chefarzt         |
| <b>Wohnsituation</b>   | <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Angehörigen | <input type="checkbox"/> Seniorenheim   | <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| <b>Pflegegrad</b>  | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt          | <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5  |   |

## Medizinische Angaben

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| <b>Hauptdiagnose</b>   |  |  |  |
| <b>Nebendiagnosen</b>  |  |  |  |
| <b>Vigilanz</b>  | <input type="checkbox"/> wach  | <input type="checkbox"/> somnolent   | <input type="checkbox"/> komatös                                   |
| <b>Orientierung</b>  | <input type="checkbox"/> klar  | <input type="checkbox"/> gelegentlich desorientiert                                      | <input type="checkbox"/> desorientiert                             |
| <b>Dekubitus</b>   | <input type="checkbox"/> nein  | Grad:  | Lokalisation:  |
| <b>Infektionskrankheiten</b><br>(bitte aktuellen Laborbefund mitfaxen) | Isolationsmaßnahmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein |  | <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> MRSA |
|  | <input type="checkbox"/> 3MRGN   | <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> Rota <input type="checkbox"/> VRE | <input type="checkbox"/> akute Gastroenteritis                     |
| <b>Spezielle Therapie</b>  | <input type="checkbox"/> nein  | <input type="checkbox"/> ZVK   | <input type="checkbox"/> Vacuum Pumpe                              |
|  | <input type="checkbox"/> Drainage  | <input type="checkbox"/> Tracheostoma  | <input type="checkbox"/>   |
|  | <input type="checkbox"/> Hämodialyse (Standort, Rhythmus):                     |  |  |
| <b>Bei Frakturen</b>   | OP-Datum:  | <input type="checkbox"/> Vollbelastung   | <input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum:                    |

|  |                                   |
|--|-----------------------------------|
| <b>Ziel der frührehabilitativen Behandlung</b> | <b>Geplanter Verlegungstermin</b> |
|--|-----------------------------------|

Wir bitten bei Verlegung des Patienten um Mitgabe eines Verlegungsberichts mit ausführlicher Angabe der vollständigen Medikation!