

Anmeldung zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung



FAX-Nr. 02 51 / 27 06 – 30 752 (bitte leserlich und vollständig ausfüllen)

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

Angaben zum Patienten

Patientenetikett (alternativ handschriftlich eintragen) Nachname, Vorname Geburtsdatum		Hausarzt Mobilität <input type="checkbox"/> gehfähig <input type="checkbox"/> rollstuhlmobil <input type="checkbox"/> immobil Körperpflege <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Anleitung/ Unterstützung <input type="checkbox"/> vollständige Übernahme	
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Chefarzt
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> Seniorenheim	<input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen
Pflegegrad	<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

Hauptdiagnose			
Nebendiagnosen			
Vigilanz	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> komatös
Orientierung	<input type="checkbox"/> klar	<input type="checkbox"/> gelegentlich desorientiert	<input type="checkbox"/> desorientiert
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	Grad:	Lokalisation:
Infektionskrankheiten (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
Spezielle Therapie	<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):		
Bei Frakturen	OP-Datum:	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum:

Ziel der frührehabilitativen Behandlung	Geplanter Verlegungstermin
--	-----------------------------------

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