

**Anmeldung zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung**

**FAX-Nr. 02 51 / 27 06 - 30 7 52** (bitte leserlich und vollständig ausfüllen)

<b>Zwingende Voraussetzungen:</b> 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  <b>Voraussetzungen sind erfüllt <input type="checkbox"/> Ja</b>	<b>Stempel der Fachabteilung:</b>  	
	<b>Behandelnder Arzt</b>  	<b>Telefonnummer</b>  

**Angaben zum Patienten**

<b>Patientenetikett</b> (alternativ handschriftlich eintragen)  Nachname, Vorname  Geburtsdatum		<b>Hausarzt</b>  <b>Mobilität</b> <input type="checkbox"/> gehfähig <input type="checkbox"/> rollstuhlmobil <input type="checkbox"/> immobil  <b>Körperpflege</b> <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> Anleitung/ Unterstützung <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> (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!