

Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation

Patienten - Etikett

Gewünschter Verlegungstermin: _____

Versicherung: _____

falls privat: 1-Bett 2-Bett CA

Haupt- u. Nebendiagnosen/Op.-Datum: _____

Grund der weiteren **Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit:** _____

MRSA? ja Lokalisation: _____ nein **Dekubitus (Grad/Ort):** _____

ESBL ? ja Lokalisation: _____ nein

Clostridien? ja Lokalisation: _____ nein

3/4 MRGN ? ja Lokalisation: _____ nein -> wenn ja, welcher Keim: _____

VRE ? ja Lokalisation: _____ nein

HIV? ja nein **Therapie/Medikation:** _____

Chemotherapie? ja nein **Therapie/Medikation:** _____

Spezielle Medikation (z.B. iv Antibiotika, Antikörper, Immunsuppressiva etc): _____

Körperlicher Status:	<u>ohne Hilfe</u>	<u>mit Hilfe</u>	<u>nicht möglich</u>
Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich umsetzen Bett/(Roll-)Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
frei sitzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich an- und auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sich waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
essen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Desorientierung: ja nein zeitweise **Pflegegrad:** 1 2 3 4 5

Rehabilitations-/Entlassungsziel: _____

Angehörige (Tel.): _____

Betreuer (Tel.): _____
 (Weitergabe Info an Angehörige, dass wir keine KUR-Klinik sind) ja nein

 Datum Klinik / Stempel / Station Ansprechpartner Tel.-Nr.

 Fax-Nr.

Bei Stornierung der Verlegung bitten wir dringend um telefonische Absage.

Wird vom aufnehmenden Krankenhaus ausgefüllt:

Verbindliche Übernahme am: _____ (11:30 Uhr über unsere ZNA) Mit freundlichen Grüßen