Bitte ausgefüllt an 02366-153299 faxen !!!

Patientendaten

Name: _____

Vorname: _____

Geb. am.: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Krankenkasse: _____

Wahlleistung: □ CA □ 1-Bett-Zimmer □ 2-Bett-Zimmer

Private Zusatzvers.: _____

Aufnahme gewünscht am _____

□ Pat. ist informiert über die Dauer der Therapie von mind. 15 Tagen

Bitte mitfaxen:

- Pflegeüberleitungsbogen
- Abstrich Nase/Rachen MRSA (nicht älter als 10 Tage)
- Falls INT-Aufenthalt auch ein VRE-Analabstrich

Voraussetzung für die Aufnahme ist der Ausschluss einer Besiedelung!

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

_____

_____

Isolationspflichtige Infektiosität: □ nein □ ja _____

Barthel-Index: [ ]

Geriatrische Merkmalskomplexe (bitte Zutreffendes ankreuzen):

□ Immobilität Frailty/Gebrechlichkeit
□ Kognitive Defizite/Delir Demenz
□ Dekubitus/Wunden
□ Depression/Angststörung
□ schwere Demenz als Ausschlusskriterium
□ Starke Seh-Hörbehinderung
□ Exsikkose/Elektrolytentgleisung
□ Rez. Stürze/Schwindel/Gangstörung
□ Inkontinenz
□ Mangel-/Fehlernährung
□ Schmerz
□ Multimedikation (mehr als 5)
□ Verzögerte Rekonvaleszenz

Sonstiges: □ Nasogastrale Sonde □ PEG □ DK □ Cystofix □ Tracheostoma

Therapeutisch angestrebtes Ziel (bitte zutreffendes ankreuzen):

□ Rückkehr Wohnung
□ AHB geplant
□ Zurück betreutes Wohnen
□ Zurück Seniorenheim
□ Anmeldung Seniorenheim / KZP

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil ….

□ die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
□ bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen.

_____

□ Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
□ Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit, Demenz, Depression, wahnhafte Symptomatik, Weglauftendenz, Wundkomplikationen, Sehverlust, Hörverlust).

Angaben des zuweisenden Krankenhauses:

Name des Krankenhauses: _____

Ansprechpartner: _____

Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum: _____ Name / Unterschrift zuweisender Arzt _____