

**ANMELDUNG zur
Geriatrischen Früh- Rehabilitation / Komplextherapie
per Fax an 02981/8024539 oder
bei Rückfragen 02981/8024664**

Patientenaufkleber
Station

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Hauptdiagnose:

1. _____ ICD10- _____ ggf. OP-Datum: _____
2. _____ ICD10- _____

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

Infekte:
 SARS- COV ESBL
 MRSA 3MRGN
 4MRGN
 Isolationspflichtig
 COVID Impfstatus: _____

Versicherungsstatus: GKV PKV (1BZ/2BZ)

Kontaktperson/Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter: _____

Telefonnummer: _____

Pflegegrad: _____ Hilfsmittel: _____

Barthel- Index: _____ Punkte!!!

Funktionseinschränkungen:

Psychische Störungen	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> Delir?	<input type="checkbox"/> Demenz?	<input type="checkbox"/> Depression?
Sprachstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Harn/Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	<input type="checkbox"/> DK/AP	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein wenn ja, wann gelegt? _____
Hochgradige Sehschwäche/Blindheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Hochgradige Schwerhörigkeit/Taubheit	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Dekubitus	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Grad: _____	Wo? _____	
Synkopen/Stürze	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein			
Hemipares/Pares	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo? _____		
Kontraktur	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Wo? _____		

Spezielle/Wundversorgung/Verbände: _____

Bei Fraktur/ z.N TEP oder OP etc.: Teilbelastung mit _____kg Vollbelastung Ja Nein Immobilisation bis: _____

Sauerstoffpflichtig: Ja Nein wenn ja, kontinuierlich intermittierend l/min: _____

Verantwortlicher Arzt der verlegten Station: _____ Tel.: _____ (lesbar)

Name der verlegenden Klinik: _____ Datum: _____