

FAX-Anmeldeformular

FB-02471

Bitte Fragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden: **Fax 02362 29-54911**

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter: **Telefon 02362 29-54810** (Herr Mohring)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Patienten	
Adresse	geb. am
<input type="checkbox"/> privat versichert, 1-Bett	mit Chefarztbehandlung
<input type="checkbox"/> privat versichert, 2-Bett	ohne Chefarztbehandlung

ABSENDER/PRAXIS:
Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel.:

GEWÜNSCHTES AUFNAHME DATUM: _____

STATUS VOR DER ERKRANKUNG: _____ Selbständig/ Wohnung _____ Altenheim

BEHANDLUNGSBEGRÜNDENDE HAUPTDIAGNOSE: _____

Barthel-Index: _____ Punkte (bitte als Anlage beifügen)

OP-Datum: _____ Bei Fraktur: voll belastbar teilbelastbar ab/seit _____ mit _____ kg
übungsstabil keine Belastung bis _____

THERAPIEZIEL: _____

Erbrechen: ja nein Weglauftendenz: ja nein
Durchfall: ja nein Aggressivität: ja nein
Infektionen (Noro/ Clostr./ MRGN.): nein ja bei ja, welche? _____
MRSA-Abstrich: erfolgt nicht erfolgt Ergebnis:
Sonstiges: nasogastr. Sonde PEG DK SPDK Tracheostoma Stoma

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/ wahnhaftige Symptomatik/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust).

Besteht ein Pflegegrad? nein ja , , welcher? _____ Pflegegrad ist beantragt

Betreuung/Bevollmächtigter: nein ja wer? _____

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt:

Aufnahme am: _____ nicht möglich

Hinweise: _____

Dorsten, _____ Arzt: _____