

Bitte Fragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden: Fax 02362 29-54901

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:
Telefon: 02362 29 54902 (Klinik Sekretariat)

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

ABSENDER/PRAXIS:

Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel.:

Aufnahmedatum **BEI IHNEN:** _____ Gewünschtes Aufnahmedatum **BEI UNS:** _____

Letzte GFK am: _____

Behandlungsbegründende **Hauptdiagnose:** _____

Barthel-Index: _____ Punkte *(bitte als Anlage beifügen)* ISAR-Score: _____ Punkte
 OP-Datum: _____ Bei Fraktur: voll belastbar teilbelastbar ab/seit _____ mit _____ kg
 übungstabil keine Belastung bis _____

THERAPIEZIEL: _____

Hinlauftendenz: nein ja Aggressivität: nein ja

Infektionen: nein ja - bei ja, welche: _____

MRE-Screening: nicht erfolgt erfolgt, am: _____ Ergebnis: _____

- Sonstiges:**
- O2-Pflicht: _____ L/Min
 - Dysphagie/ PEG vorhanden
 - Drainagen: _____
 - Wunden: _____ *(Wundversorgungsprotokoll bitte beifügen)*
 - Pfleg. Besonderheiten (bsp. Schwerlastbett, Wechseldrucksystem, Tracheostoma etc.): _____
 - Stoma, Versorgung durch: _____

- 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/ Hinlauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust).*

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

Betreuung/ Bevollmächtigter: nein ja, wer: _____ Betreuung ist beantragt
 (altern. helfende Person) Telefon/Mail: _____

Ehegattennotvertretung? nein ja – (Kopie bei Verlegung bitte mitgeben)

Wurde vor Verlegung ein Reha-Antrag gestellt: nein ja

Bitte faxen Sie uns zur Optimierung der Behandlungsplanung **vor Verlegung:**

1. aktuellen Barthel-Index
2. Verlegungsbrief und akt. Labor
3. aktuelle Medikamentenliste

Vielen Dank!

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt:

Aufnahme am: _____ möglich, anfragende Einrichtung wurde informiert von: _____ (Name)