

FAX-Anmeldeformular

FB-02489

Bitte Anfragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden:
Fax 0209 6191-459

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:
Telefon 0209 6191-4858 (Fr. Schneider, CM)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Patienten	
Adresse	geb. am
<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/KRANKENHAUS:

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
 übungstabil 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/ wahnhafte 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: _____