

FAX-Nr. 02 51 / 27 06 - 7 52 (bitte leserlich und vollständig ausfüllen)

| | | | | | |
|--|--|--------------------------|----------------------|--|--|
| <p>Zwingende Voraussetzungen:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vollendung des 70. Lebensjahres 2. Es besteht Krankenhausbehandlungs-bedürftigkeit und 3. Frührehabilitationsfähigkeit 4. Es wurde noch kein Antrag auf Leistungen nach § 40 SGB V (Reha) gestellt 5. Es wurde noch keine geriatrische Komplexbehandlung hinsichtlich der aktuellen Hauptdiagnose durchgeführt 6. Der Patient/die Patientin/ggf. Betreuer ist mit der 2-3-wöchigen Behandlung einverstanden <p>Voraussetzungen sind erfüllt <input type="checkbox"/> Ja</p> | <p>Stempel der Fachabteilung:</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:50%; padding: 5px;">Behandelnder Arzt</td> <td style="width:50%; padding: 5px;">Telefonnummer</td> </tr> <tr> <td style="height: 40px;"></td> <td style="height: 40px;"></td> </tr> </table> | Behandelnder Arzt | Telefonnummer | | |
| Behandelnder Arzt | Telefonnummer | | | | |
| | | | | | |

Angaben zum Patienten

| | |
|--|--|
| <p>Patientenetikett (alternativ handschriftlich eintragen)</p> <p>Nachname, Vorname _____</p> <p>Geburtsdatum _____</p> | <p>Hausarzt</p> <p>Mobilität <input type="checkbox"/>gehfähig <input type="checkbox"/>rollstuhlmobil <input type="checkbox"/>immobil</p> <p>Körperpflege <input type="checkbox"/>selbstständig <input type="checkbox"/>Anleitung/ Unterstützung <input type="checkbox"/>vollständige Übernahme</p> |
| Krankenversicherung | <input type="checkbox"/> gesetzlich <input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> Zusatzversichert <input type="checkbox"/> Chefarzt |
| Wohnsituation | <input type="checkbox"/> alleine <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> Seniorenheim <input type="checkbox"/> Betreutes Wohnen |
| Pflegegrad | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 |

Medizinische Angaben

| | | | |
|--|--|---|--|
| Hauptdiagnose | | | |
| Nebendiagnosen | | | |
| Vigilanz | <input type="checkbox"/> wach | <input type="checkbox"/> somnolent | <input type="checkbox"/> komatös |
| Orientierung | <input type="checkbox"/> klar | <input type="checkbox"/> gelegentlich desorientiert | <input type="checkbox"/> desorientiert |
| Dekubitus | <input type="checkbox"/> nein | Grad: _____ | Lokalisation: _____ |
| Infektionskrankheiten (bitte aktuellen Laborbefund mitfaxen) | Isolationsmaßnahmen? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein | | <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> MRSA |
| Spezielle Therapie | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ZVK | <input type="checkbox"/> Vacuum Pumpe |
| | <input type="checkbox"/> Drainage | <input type="checkbox"/> Tracheostoma | <input type="checkbox"/> |
| | <input type="checkbox"/> Hämodialyse (Standort, Rhythmus): _____ | | |
| Bei Frakturen | OP-Datum: _____ | <input type="checkbox"/> Vollbelastung | <input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum: _____ |

| | |
|--|-----------------------------------|
| Ziel der frührehabilitativen Behandlung | Geplanter Verlegungstermin |
| | |

Wir bitten bei Verlegung des Patienten um Mitgabe eines Verlegungsberichts mit ausführlicher Angabe der vollständigen Medikation!