

Antrag auf Krankenhausaufnahme zur neurologischen Frührehabilitation Phase B

Sekretariat Klinik für Neurologie

Telefon: +49 (0) 7522 797-1218

Telefax: +49 (0) 7522 797-1192

(Bitte ausgefüllt per Fax senden)

<p>Patientendaten: (bitte ausfüllen oder Etikett aufkleben)</p> <p>Name, Vorname: _____</p> <p>Geburtsdatum: _____</p> <p>Adresse: _____</p> <p>Telefonnummer: _____</p> <p>Krankenkasse: _____</p> <p>ggf. gesetzlicher Betreuer: _____</p>	<p>Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg</p> <p>Tracheostoma: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Trachelakanüle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Nicht-invasive-Beatmung: <input type="checkbox"/> High-Flow <input type="checkbox"/> CPAP</p> <p>Sonde: <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ</p> <p>Ernährung: <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral</p> <p>Frakturen übungstabil: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>Reha-relevante Diagnosen:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>Ein ausgefüllter Frühreh-Barthel-Index sowie ein kurzer medizinischer Befund-/Verlaufsbericht liegt als Anlage bei.</p>	
<p>Wenn Infektionsstatus positiv, bitte ausfüllen:</p> <p>4MRGN <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> Klebsiella <input type="checkbox"/> Serratia <input type="checkbox"/> Acinetobacter <input type="checkbox"/></p> <p>E.coli <input type="checkbox"/> Enterobacter <input type="checkbox"/> Pseudomonas <input type="checkbox"/></p>	
<p>Kontakt Daten Einweiser:</p> <p>_____</p> <p>Sozialdienst, Name, Vorname & Telefonnummer</p> <p>_____</p> <p>Ärztin/Arzt, Name, Vorname & Telefonnummer</p> <p>_____</p> <p>Krankenhausstempel/-adresse u. Unterschrift</p>	