

Anmeldeformular zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Bitte **vollständig und leserlich** ausfüllen und
per Fax an: 02581 / 20-1402 oder Email: inn@jhwhaf.de

Bedingungen sind alle erfüllt (Pflichtangaben): <input type="checkbox"/> Pat. ist mind. 70 Jahre alt <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlungspflichtigkeit besteht <input type="checkbox"/> Frühreha-Fähigkeit <input type="checkbox"/> Es wurde kein Antrag auf Rehabilitation gestellt (n. § 40 SGB V) <input type="checkbox"/> Es wurde noch keine geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> Einverständnis zu 2-wöchiger Behandlung besteht	Ihre Fachabteilung:
	Behandelnder Arzt:
	Telefonnummer:

Patientendaten

Patientenetikett	Hausarzt					
	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden				
	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	Körperpflege	<input type="checkbox"/> selbständig				
	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme				
	Mobilität		<input type="checkbox"/> gehfähig			
	<input type="checkbox"/> rollstuhlmobil		<input type="checkbox"/> immobil			
Wohnsituation	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Pflegeheim		
Krankenversicherung	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> Zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Chefarzt		

Medizinische Daten

Hauptdiagnose					
Nebendiagnosen					
Neurologischer Status	<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Antrieb normal <input type="checkbox"/> Antriebsarmut <input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/> Fixierung		
Infektionskrankheiten	Isolation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3-MRGN <input type="checkbox"/> 4-MRGN	<input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> Sonstige:		
Antibiose	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Welche?):			
Dekubitus	<input type="checkbox"/> nein	Grad:	Lokalisation:		
Spezielle Therapie	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Drainage	<input type="checkbox"/> Vakuumpumpe	
	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Hämodialyse (Wo und wann?):			
	<input type="checkbox"/> Perfusor				
Bei Operationen	<input type="checkbox"/> OP:	<input type="checkbox"/> Wunde geschlossen	<input type="checkbox"/> Vollbelastung		
	<input type="checkbox"/> Datum:	<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum:			
Sonstiges:					

Ziele der Frührehabilitation:	Gewünschter Verlegungstermin: