

Anmeldende Klinik (Stempel)

Ansprechpartner

Name: _____

Funktion: _____

Tel: _____ **Fax:** _____

Patient

Name, Vorname _____ geb.: ____/____/____ Kr.Kasse: _____

Wahlleistungen: Ja Nein 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer Chefarztbehandlung

Diagnosen: _____

Vorgesehene Verlegungstermin am: ____/____/____ **ab:** ____/____/____

Gewünschter Aufnahmeterrmin am: ____/____/____

Frühreha-Barthel-Index:	Unmögl.	Mit Hilfe	Selbst.		Ja	Nein
Nahrungsaufnahme				Intensivmedizinischer überwachungs-pflichtiger Zustand		
Einfache Körperpflege				Absaugpflichtiges Tracheostoma		
Baden/Duschen				Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung		
An-/Auskleiden				Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung		
Transfer Bett- (Roll-)stuhl				Schwere Verständigungsstörung		
Harnkontrolle				Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		
Stuhlkontrolle						
Gehen Ebene 50 m (ohne Gehwagen)						
Bei Gehunfähigkeit Rollstuhlbenutzung						
Treppensteigen						

Offene Wunden: Ja Nein **Bradenskala/Punkte:** ____ **MRSA:** pos. neg. nicht unters.

Harnblasenkatheter: Ja Nein **Suprapubisch** **Transurethral**

Hilfsmittel: Gehstütze Rollator Gehbock Rollstuhl Prothese _____

Kognitiver/emotionaler Status: wach eingetrübt komatös
 orientiert verwirrt depressiv
 motiviert kooperativ nicht kooperativ

Anschlussversorgung: gesichert Nein Ja Angehörige Pflegedienst Pflegeheim

Sozialdienst: bereits tätig Ja Nein

Ansprechpartner: _____

Betreuung: nicht erforderlich erforderlich beantragt nicht beantragt besteht

Ort, Datum _____

 Name, Unterschrift