Formular
Ärztlicher Anmeldebogen zur Rehabilitation
Phase B / C / D

FO.Ke.Au.ad.615.1.0

Neurologisches Reha-Zentrum Godeshöhe
Waldstr. 2-10 53177 Bonn
Fax: 0228/381-353

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. H. Karbe

Name:	**geb.:**
Anschrift:	**Krankenkasse/Versicherung:**
Diagnose:	
Krankheitsbeginn und –verlauf (Art u. Datum der OP sowie Angaben von Komplikationen):	
Klinischer Befund mit physischer und psychischer Funktionseinschränkung:	
Zusätzliche Erkrankungen / Behinderungen mit Angabe von Funktionsstörungen:	
Sonstiges (bitte unbedingt ausfüllen !): **Trachealkanüle: nein ☐ ja ☐** **Zugänge: ZVK ☐ arteriell ☐ Port u.a. ☐** **Ernährung: oral☐ MS☐ PEG/PEJ☐ parenteral☐** **Blase: spontan☐ DK☐ SPK ☐ Sebstkath. u. a.☐** **Dekubitus: nein ☐ ja ☐** **Aufwendige Wunden: nein ☐ ja ☐** **Drainagen: (z. B. Bülau etc.) ……** **MRSA: Screening nein☐ ja☐** **positiv/negativ Datum……..** **Clostridien: nein ☐ ja ☐** **Gewicht kg: …… Größe cm: ……**	**Besonderheiten/ Erforderliche diagnostische Maßnahmen in der Reha-Klinik:**
Datum Unterschrift Telefon/Fax Stempel der Klinik/Station	