

Dok.-Typ: FO Gültig für: <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Reha Neuro <input checked="" type="checkbox"/> Reha Geriatrie <input type="checkbox"/> amb. Leistungen	Anmeldebogen geriatrische Rehabilitation	 JOHANNITER Neurologisches Rehasentrum Godeshöhe
--	---	--

Johanniter Krankenhaus Godeshöhe Geriatrische Reha CA Prof. Dr. A. H. Jacobs
Kontaktdaten: Godeshöhe Waldstr. 2-10 53177 Bonn Tel. 0228 381 - 299 Fax. 0228 381 - 350
anmeldung-geriatrie@go.johanniter-kliniken.de
Standort Geriatrische Station: Waldstr. 73 53177 Bonn

Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Patientenvor- und -zuname, Geb.-Datum 2. Anschrift des Patienten 3. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 4. Telefonnummer der Station oder Praxis	Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum):	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV-V <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt Barthel-Index:
	Krankenkasse	
	Versicherungsnummer	
	Hausarzt:	
	Patientenkontakt:	

Zusätzliche Informationen vor Aufnahme

Haupteinweisungsdiagnose:

Angestrebtes Ziel der Rehabilitation:

Bei Aufnahme werden benötigt: EKG / Röntgen Thorax / Labor

Besonderheiten

Erbrechen/Durchfall Ja Nein

Weglauff Tendenz Ja Nein

ZVK Ja Nein

Aggressivität Ja Nein

Nasogastr. Sonde Ja Nein

Dialyse Ja Nein

Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) Ja Nein Bei Ja: Welche? _____

COVID-19 Ja Nein

Antibiotika/Chemotherapeutika Ja Nein Bei Ja: Welche? _____

Geriatrische-typische Multimorbidität: Ja Nein

Bei Ja: Welche? _____

Dok.-Typ: FO Gültig für: <input type="checkbox"/> Akut <input type="checkbox"/> Reha Neuro <input checked="" type="checkbox"/> Reha Geriatrie <input type="checkbox"/> amb. Leistungen	Anmeldebogen geriatrische Rehabilitation	 JOHANNITER Neurologisches Rehasentrum Godeshöhe
--	---	--

Kurzassessment

Funktion/Ausprägung	normal/o.B.	leicht gestört/reduziert	schwer gestört/reduziert	schwerstens gestört
Gehen können (Sturzneigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperpflege + Ankleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Orientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vigilanz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Auffassung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören/Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motivation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Datum / Unterschrift des zuweisenden Arztes: _____
 (Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen: _____

Stempel des Einweisers:

Weitere Hinweise und Besonderheiten