ANMELDUNG zur

Geriatrischen Früh-Rehabilitation / Komplextherapie
per FAX an 05251/401-890 oder
bei Rückfragen 05251/401-7021

Patientenaufkleber Station oder
Name, Geb.-Datum, Adresse + Krankenkasse

Gewünschter Aufnahmetermin: .....

Gewünschte Wahlleistung: ❒ CA-Behandlung ❒ 1-Bett ❒ 2-Bett

Hauptdiagnosen:

1. ..... ggf. OP-Datum: .....
2. .....

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:

1. .....
2. .....
3. .....
4. .....

Infekte: ❒ SARS-CoV
❒ MRSA
❒ ESBL
❒ 3-MRGN
❒ 4-MRGN
❒ VRE
❒ Isolationspflichtig

COVID Impfstatus .....

Kontaktperson/Betreuer/Vorsorgebevollmächtigter: .....

Erreichbar unter: .....

Barthel-Index: ..... **Pflegegrad:** ..... **Hilfsmittel:** .....

Funktionseinschränkungen:

Psychische Störungen	❒ nein	❒ ja	❒ Delir? ❒ Hinlauftendenz?	❒ Demenz? ❒ nachts aufsichtspflichtig?	❒ Depression?
Sprachstörung	❒ nein	❒ ja			
Schluckstörung	❒ nein	❒ ja			
Harn-/Stuhlinkontinenz	❒ nein	❒ ja	❒ DK/AP		
Hochgradige Sehschwäche / Blindheit	❒ nein	❒ ja			
Hochgradige Schwerhörigkeit / Taubheit	❒ nein	❒ ja			
Dekubitus	❒ nein	❒ ja			
Synkopen / Stürze	❒ nein	❒ ja			
Hemiparese / Parese	❒ nein	❒ ja			
Kontraktur	❒ nein	❒ ja			

Spezielles/Wundversorgung/Verbände: .....

.....

Bei Fraktur/Z.n. TEP oder OP etc.: Vollbelastung ❒ nein ❒ ja Teilbelastung mit ..... kg Immobilisation bis .....

Sauerstoffpflichtig: ❒ nein ❒ ja ❒ kontinuierlich ❒ intermittierend l/min .....

Verantwortlicher Arzt der verlegenden Station ..... Telefon: .....

Sozialdienst / Case-Management: ..... Telefon: .....

Name der verlegenden Klinik: ..... Datum:.....

St. Johannisstift
Ev. Krankenhaus