

# Anmeldung zur geriatrischen Frührehabilitation

## Patient\*innenetikett

Name	Gewünschter Verlegungstermin		
Vorname	Versicherung		
Geburtsdatum	Falls privat:	1-Bett	2-Bett
		Stationäre Aufnahme	Tagesklinik
			CA

## Haupt- u. Nebendiagnosen/OP-Datum:

## Grund der weiteren Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit:

MRSA	ja	Lokalisation:	nein	Dekubitus (Grad/Ort):
ESBL	ja	Lokalisation:	nein	
Clostridien	ja	Lokalisation:	nein	
3/4 MRGN	ja	Lokalisation:	nein	→ wenn ja, welcher Keim:
VRE	ja	Lokalisation:	nein	
HIV	ja	nein	<b>Therapie/Medikation:</b>	
Chemotherapie	ja	nein	<b>Therapie/Medikation:</b>	

## Spezielle Medikation (z.B. iv Antibiotika, Antikörper, Immunsuppressiva etc):

Körperlicher Status:	ohne Hilfe	mit Hilfe	nicht möglich
Gehen			
Treppensteigen			
sich umsetzen Bett/(Roll-)Stuhl			
frei sitzen			
sich an- und auskleiden			
sich waschen			
essen			

Desorientierung:	ja	nein	zeitweise	<b>Pflegegrad:</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>
------------------	----	------	-----------	--------------------	----------	----------	----------	----------	----------

Rehabilitations-/Entlassungsziel:

Angehörige (Tel.):

Betreuer (Tel.):

(Weitergabe Info an Angehörige, dass wir keine KUR-Klinik sind)      ja      nein

Telefon  
Fax

Datum      Klinik/Stempel/Station      Ansprechpartner\*in

**Bei Stornierung der Verlegung bitten wir dringend um telefonische Absage.**

## Wird vom aufnehmenden Krankenhaus ausgefüllt:

Verbindliche  
Übernahme am:

11:30 Uhr  
über unsere ZNA