

# Anmeldung zur vollstationären geriatrischen Frührehabilitation

## Patient\*innenetikett

Name	Gewünschter Verlegungstermin			
Vorname	Versicherung			
Geburtsdatum	Falls privat:	1-Bett	2-Bett	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	<b>Covid-Infektion</b>	<b>ja, Datum:</b>
Gehen					<b>nein</b>
Treppensteigen				<b>Covid-Impfung</b>	<b>1., Datum:</b>
sich umsetzen Bett/(Roll-)Stuhl					<b>2., Datum:</b>
frei sitzen					<b>3., Datum:</b>
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

**ACHTUNG: Übernahme nur mit negativem COVID-Abstrich, nicht älter als 48 Stunden.**