

Faxnummer: 02571 502-13099

Maria-Josef-Hospital Greven Anmeldeformular zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

Anmeldung für (Datum):

	•										
Voraussetzunge	n:										
1. Vollendung des 70		jahres	S								
. Frührehafähigkeit Pation								ientenau	ıfkleber	•	
3. Noch keine geriatr		•			3						
nach § 40 SGB V (F	-			•							
aktuellen Hauptdi 4. Patient(in) ist mit	-	•		vio							
einer 2-3 wöchige		_	ig sov	VIC							
einverstanden											
Versicherung:	Regelleistung			Privat				1-Bett			
								2-Bett			
Aktuelle Hauptdiagnose	und OP:										
bei Frakturen, Vollbelas	tung :		ja	nein	Teil	belastung	g:	kg	bis		
keine Belastung	bis			Übun	gsstal	oilität		bis	_		
Behandlungsbedürftige	Nebendi	agnose	en:								
MRSA: ja nein ES	BL: ja	nein	Nord): ja	nein	Clostrid	ien: ja	nein	√RE: j	ja	nein
COVID positiv: ja	nein										
Mobilität/Selbsthilfefäh	igkeit vo	r dem	Krank	enhaus	aufen	t halt: (ank	(reuzen)				
Wiesenstay Scientification	iigiteit vo	· uciii	TAT CATHA	<u>ciiiiaas</u>	aaren	enaite (am	<u>((CUZCII)</u>				
selbstständig	eigene W	ohnun'	ıg	betre	utes V	Vohnen	Pfleg	eheim			
Pflegegrad:	nein		ı	П	Ш	IV	V				
Orientierung vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt:								klar			
									desorientiert		
Ouiankianung viähnand das alikusllan Kusulusuksiasiasiasiasiasiasi									Citacit		
Orientierung während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes:								klar desori	desorientiert		
Aktueller Barthelindex:								acson	Citicit		
Aktuelle PPR-Einstufun	g: A 1	A ₂	Аз								
	S_1	S_2	S₃								

Station Telefon

Fachabteilung/behandelnder Arzt