MARIA-JOSEF-HOSPITAL GREVEN

Maria-Josef-Hospital Greven
Anmeldeformular zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

Faxnummer: 02571 502-13099

Voraussetzungen:

1. **Vollendung des 70. Lebensjahres**
2. **Frührehafähigkeit**
3. **Noch keine geriatrische Komplexbehandlung nach § 40 SGB V (Reha) auf Grund der aktuellen Hauptdiagnose gestellt**
4. **Patient(in) ist mit einer Verlegung sowie einer 2-3 wöchigen Behandlung einverstanden**

Patientenaufkleber

Versicherung: **Regelleistung** **Privat** **1-Bett** **2-Bett**

Aktuelle Hauptdiagnose und OP:

bei Frakturen, Vollbelastung : ja nein Teilbelastung:_____kg bis____

keine Belastung bis____ **Übungsstabilität bis____**

Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:

MRSA: ja nein	**ESBL: ja nein**	**Noro: ja nein**	**Clostridien: ja nein**	**VRE: ja nein**
COVID positiv: ja nein				

Mobilität/Selbsthilfefähigkeit vor dem Krankenhausaufenthalt: (ankreuzen)

selbstständig **eigene Wohnung** **betreutes Wohnen** **Pflegeheim**

Pflegegrad: **nein** **I** **II** **III** **IV** **V**

Orientierung vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt: **klar** **desorientiert**

Orientierung während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes: **klar** **desorientiert**

Aktueller Barthelindex:

Aktuelle PPR-Einstufung: A_1 A_2 A_3 S_1 S_2 S_3

Anmeldung für (Datum): **Fachabteilung/behandelnder Arzt**

Station **Telefon**