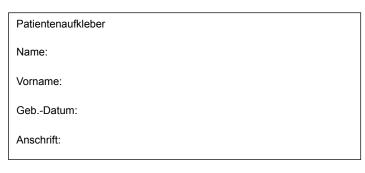
Anmeldeformular zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung



Gewünschte Übernahme am:

MARIA-JOSEF-HOSPITAL GREVEN

GREVEN | Fax: 02571 502-13099



HERZ-JESU-KRANKENHAUS

MÜNSTER-HILTRUP Fax: 02501 17-2546

ST. MARIEN-HOSPITAL LÜDINGHAUSEN

Fax: 02591 231-329

Aktuelle Medikamentenliste, vorläufigen Brief und aktuelle Laborbefunde bitte mitfaxen!

Verlegungsinformationen:	
Verlegende Klinik / Praxis: stationär seit:	
Hausarzt: private Ansprechper	
Ÿ L L	t WL 2-Bett Chefarzt
Reha-Behandlung/geriatrische Komplextherapie in den letzten 6	Monaten? nein ja:
Bereits für eine Reha-Maßnahme angemeldet: nein nein	ja:
Aktuelle Hauptdiagnose und OP:	
Aktuelle Antibiotika / Chemo / AK-Therapie:	
Sonden: ja nein Katheter: ja nein	
bei Frakturen, Vollbelastung: kg bis	
keine Belastung bis Übungsstabilität bis	
Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:	
MRSA: ☐ ja ☐ nein ESBL: ☐ ja ☐ nein Noro: ☐ ja ☐ nein Chlostridien: ☐ ja ☐ nein	
VRE: ☐ ja ☐ nein COVID positiv: ☐ ja ☐ nein 4-MRGN: ☐	
Aktueller Barthel (Punktzahl):/ 100	Aktuelle PPR-Einstufung:
	☐ A1 ☐ A2 ☐ A3
	☐ S1 ☐ S2 ☐ S3
Mobilität / Selbsthilfefähigkeit vor dem Krankenhausaufenth	nalt· (ankreuzen)
selbstständig eigene Wohnung betreutes Wohnen Pflegeheim	
Pflegegrad: ☐ nein ☐ I ☐ II ☐ II ☐ IV ☐ V	
Orientierung <u>während</u> des aktuellen Krankenhausaufenthaltes: klar desorientiert	

Stand: 11/2025