

Anmeldeformular zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

MARIA-JOSEF-HOSPITAL
GREVEN
Fax: 02571 502-13099



Patientenaufkleber

Name:

Vorname:

Geb.-Datum:

Anschrift:

Aktuelle Medikamentenliste, vorläufigen Brief und aktuelle Laborbefunde bitte mitfaxen!

Verlegungsinformationen:

Verlegende Klinik / Praxis: _____ ☐ stationär seit: _____

Tel. für med. Auskünfte / Terminabsprache: _____

Hausarzt: _____ private Ansprechperson: _____ Tel.: _____

Krankenversicherung: ☐ GKV ☐ PKV ☐ WL 1-Bett ☐ WL 2-Bett ☐ Chefarzt

Reha-Behandlung/geriatrische Komplextherapie in den letzten 6 Monaten? ☐ nein ☐ ja:

Bereits für eine Reha-Maßnahme angemeldet: ☐ nein ☐ ja:

Aktuelle Hauptdiagnose und OP:

Aktuelle Antibiotika / Chemo / AK-Therapie:

Sonden: ☐ ja ☐ nein Katheter: ☐ ja ☐ nein

bei Frakturen, Vollbelastung: ☐ ja ☐ nein Teilbelastung: _____ 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:

☐ A 1 ☐ A 2 ☐ A 3

☐ S 1 ☐ S 2 ☐ S 3

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

Gewünschte Übernahme am: _____