

**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 Krankenaufenthalt: klar desorientiert

Orientierung während des aktuellen Krankenaufenthaltes: klar desorientiert

Gewünschte Übernahme am: _____