

# Anmeldeformular zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Bitte **vollständig und leserlich** ausfüllen und  
per Fax an: 02581 / 20-1402 oder Email: inn@jhwaf.de

Bedingungen sind <b>alle</b> erfüllt ( <b>Pflichtangaben</b> ): <input type="checkbox"/> Pat. ist mind. 70 Jahre alt <input type="checkbox"/> Krankenhausbehandlungspflichtigkeit besteht <input type="checkbox"/> Frühreha-Fähigkeit <input type="checkbox"/> Es wurde kein Antrag auf Rehabilitation gestellt (n. § 40 SGB V) <input type="checkbox"/> Es wurde noch keine geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt <input type="checkbox"/> Einverständnis zu 2-wöchiger Behandlung besteht	Ihre Fachabteilung:
	Behandelnde(r) Ärztin/Arzt:
	Telefonnummer:

## Patientendaten

<b>Patientenetikett</b>	<b>Hausarzt</b>					
	<b>Pflegegrad</b>	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden				
	<input type="checkbox"/> beantragt	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Körperpflege</b>	<input type="checkbox"/> selbständig				
	<input type="checkbox"/> Anleitung	<input type="checkbox"/> vollständige Übernahme				
<b>Mobilität</b>		<input type="checkbox"/> gehfähig				
<input type="checkbox"/> rollstuhlmobil	<input type="checkbox"/> immobil					
<b>Wohnsituation</b>	<input type="checkbox"/> alleine	<input type="checkbox"/> mit Angehörigen	<input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	<input type="checkbox"/> Pflegeheim		
<b>Krankenversicherung</b>	<input type="checkbox"/> gesetzlich	<input type="checkbox"/> privat	<input type="checkbox"/> zusatzversichert	<input type="checkbox"/> Chefarzt		

## Medizinische Daten

<b>Hauptdiagnose</b>					
<b>Nebendiagnosen</b>					
<b>Neurologischer Status</b>	<input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent <input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> orientiert <input type="checkbox"/> teilorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert	<input type="checkbox"/> Antrieb normal <input type="checkbox"/> Antriebsarmut <input type="checkbox"/> psychomotorische Unruhe <input type="checkbox"/> Fixierung		
<b>Infektionskrankheiten</b>	Isolation: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3-MRGN <input type="checkbox"/> 4-MRGN	<input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> Sonstige:		
<b>Antibiose</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja (Welche?):			
<b>Dekubitus</b>	<input type="checkbox"/> nein	Grad:	Lokalisation:		
<b>Spezielle Therapie</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Drainage	<input type="checkbox"/> Vakuumpumpe	
	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Hämodialyse (Wo und wann?):			
	<input type="checkbox"/> Perfusor				
<b>Bei Operationen</b>	<input type="checkbox"/> OP:	<input type="checkbox"/> Wunde geschlossen	<input type="checkbox"/> Vollbelastung		
	<input type="checkbox"/> Datum:	<input type="checkbox"/> Teilbelastung bis zum:			
<b>Sonstiges:</b>					

<b>Ziele der Frührehabilitation:</b>	<b>Gewünschter Verlegungstermin:</b>