

Anmeldeformular zur frührehabilitativen geriatrischen Komplexbehandlung

MARIA-JOSEF-HOSPITAL
GREVEN



Klinik für Innere Medizin
Geriatrische Frührehabilitation
Telefon: 02571 502-13101
Fax: 02571 502-13099

Patientenaufkleber
Name:
Vorname:
Geb.-Datum:
Anschrift:

Aktuelle Medikamentenliste, vorläufigen Brief und aktuelle Laborbefunde bitte mitfaxen!

Voraussetzungen:

1. Vollendung des 70. Lebensjahres
2. Frührehabfähigkeit
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

Verlegungsinformationen:	
Verlegungsgrund:	<input type="checkbox"/> keine eigene Geriatrie vorhanden <input type="checkbox"/> keine Bettenkapazität
Verlegende Klinik / Praxis:	<input type="checkbox"/> stationär seit:
Tel. für med. Auskünfte:	Tel. zur Terminabsprache:
Hausarzt:	
Krankenversicherung:	<input type="checkbox"/> GKV <input type="checkbox"/> PKV <input type="checkbox"/> WL 1-Bett <input type="checkbox"/> WL 2-Bett <input type="checkbox"/> Chefarzt
Reha-Behandlung/geriatrische Komplextherapie in den letzten 6 Monaten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:
Bereits für eine Reha-Maßnahme angemeldet:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja:

Aktuelle Hauptdiagnose und OP:
Vorläufigen Arztbericht bitte mitschicken!
bei Frakturen, Vollbelastung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Teilbelastung: _____ kg bis _____
keine Belastung bis _____ Übungsstabilität bis _____
Behandlungsbedürftige Nebendiagnosen:

MRSA: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein ESBL: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Noro: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Chlostridien: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
VRE: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein COVID positiv: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Mobilität / Selbsthilfefähigkeit vor dem Krankenhausaufenthalt: (ankreuzen)
<input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> eigene Wohnung <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> Pflegeheim
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V
Orientierung vor dem aktuellen Krankenhausaufenthalt: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> desorientiert
Orientierung während des aktuellen Krankenhausaufenthaltes: <input type="checkbox"/> klar <input type="checkbox"/> desorientiert

