

Anmeldung:

Fax.-Nr.: 07253-82-4105

Tel.-Nr.: 07253-82-4102 oder -4103

Anmeldung/Fragebogen für Patienten der neurologischen Rehabilitation der Phase B

O Phase B ohne Beatmung Gegebenenfalls seit wann ohne maschinelle Beatmung (Datum): _____

O Phase B mit Beatmung O beatmet seit: _____ O Tubus seit: _____ O TK seit: _____ O dilatativ O chirurgisch

Patientendaten (ggf. Aufkleber):

Name/Vorname _____
 Geb.Datum _____
 Strasse _____
 PLZ/Ort _____
 Kostenträger: _____
 Vers.-Nr: _____

O Angehörige O Betreuer/Bevollmächtigter

Name: _____
 Straße _____
 PLZ/Ort _____
 Tel.-Nr: _____
 Verw.-grad: _____

Diagnosen mit Datum:

(auch als gesonderter Ausdruck möglich)

O Dialyse notwendig

Aktuelle Medikamente:

(auch als gesonderter Ausdruck möglich)

O Katecholaminpflichtig

Infektstatus:

<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Klebsiella	<input type="checkbox"/> nasal
<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> E.coli	<input type="checkbox"/> rectal
<input type="checkbox"/> 4MRGN	<input type="checkbox"/> Serratia	<input type="checkbox"/> Urin
<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Enterobacter	<input type="checkbox"/> Wunde
<input type="checkbox"/> Noro	<input type="checkbox"/> A. baumannii	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> C.diff.	<input type="checkbox"/> Pseudomonas	

Antibiosen:

(auch als gesonderter Ausdruck möglich)

Allgemeine Informationen:

<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös
<input type="checkbox"/> hochgradig desorientiert		<input type="checkbox"/> agitiert	
<input type="checkbox"/> weglaufgefährdet		<input type="checkbox"/> fremd-/eigengefährdend	
<input type="checkbox"/> hochgradige Sehstörung/ Erblindung			
<input type="checkbox"/> Kommunikationsstörung (z.B. Aphasie)			
<input type="checkbox"/> Schluckstörung			
<input type="checkbox"/> Hemiparese		<input type="checkbox"/> Tetraparese	
<input type="checkbox"/> Rollstuhl		<input type="checkbox"/> Rollator	
<input type="checkbox"/> Sauerstoffbedarf			
<input type="checkbox"/> zentraler Venenkatheter (ZVK)		<input type="checkbox"/> Shunt/Dialysekatheter	
<input type="checkbox"/> Ernährungssonde (nasal)		<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	
<input type="checkbox"/> Anus praeter			
<input type="checkbox"/> Blasendauerkatheter	<input type="checkbox"/> O transurthral	<input type="checkbox"/> O suprapubisch	

Dekubitus/ Wunden (Vacuumverband, etc.):

sonstiges

Pflegegrad vor der aktuellen Erkrankung:
O 1 O 2 O 3 O 4 O 5 O unbekannt

¹Bitte unbedingt den Frühreha-Barthelindex ausfüllen

Anmeldende Klinik/Station (Stempel):

Ansprechpartner: _____

Rückrufnummer: _____

 Datum/Unterschrift