

**Anmeldung zur Fachübergreifenden Frührehabilitation**

**(Leitender Arzt: Dr. Th. van de Weyer)**

Sekretariat: 040 7306-2817 (Frau Holland)

Anmeldung-Fax: 040 7306-2806

Anmeldung-Handy: 0171 2296351

Einweisende Klinik/Fachabteilung: \_\_\_\_\_

Sozialdienst/ärztlicher Ansprechpartner: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

**Angaben zur Patientin / zum Patienten:**

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ geb.: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_ Tel.: \_\_\_\_\_

Beruf: \_\_\_\_\_ Geschlecht: \_\_\_\_\_

Kostenträger: 0 GKV      0 Privat      0 BG      0 Versicherungsnummer:

**Aktuelle Diagnosen:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beginn der Erkrankung:** \_\_\_\_\_

**Begleiterkrankungen:** \_\_\_\_\_

**- Kopien der Bildgebenden Diagnostik (z.B. auf CD) unbedingt mitgeben! -**

**Befund:**

0 Monitorüberwachung	0 Beatmung noninvasiv/invasiv	0 geblockte Trachealkanüle	0 nicht geblockte TK
0 Bewußtseinslage wach	0 Bewußtseinslage somnolent	0 Bewußtseinslage komatös	0 Eigengefährdung/Fixierung
0 Schw. Orientierungsstrg.	0 schw. Verhaltensstrg.	0 schw. Verständigungsstrg./ Aphasie	0 Wundheilungsstörung
0 PEG/NGS	0 Dysphagie	0 parenterale Ernährung	0 Kachexie
0 Pat. ist bettlägerig	0 Bettkantensitz	0 Mobil: Rollstuhl	0 Stand/Gang
0 Dekubitus – wo?/Grad?: _____		0 Harninkontinenz	0 Stuhlinkontinenz
0 Schw. Infekt: _____		0 MRSA/ESBL/VRE/MRP/Clostridien	0 Neglect
0 PPR-Einstufung: A:-S: _____	0 ZVK	0 Gewicht >120 kg	

**Bemerkungen: (Verlauf, Therapie, Rehapotential)**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ort / Datum

Unterschrift

Für Rückfragen stehen wir Ihnen unter Telefon 040 7306-28 11 gerne zur Verfügung.