

**Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung**

**Fax 05 21 – 772 7 51 15, Rückfragen unter Tel. 05 21 – 772 7 54 28**

Anmeldende Klinik/zuweisender Arzt
Ansprechpartner/Station (Tel.-Nr.)
Patientendaten/evtl. Aufkleber
Verlegungsfähig ab/gewünschter Aufnahmetag Kodierung?

Hauptdiagnose und Krankheitsbeginn/Krankheitsverlauf:

---



---

Relevante Nebendiagnosen:

---

Wunden/Dekubitus:

---

MRSA/ESBL/MRGN: ja  nein  wo \_\_\_\_\_

Barthel-Index: siehe beigefügtes Formular

Schluckstörung: ja  nein  PEG/MS ja  nein

Harninkontinenz: ja  nein  DK  SPK  Vorlagen

Stuhlinkontinenz: ja  nein

Psychosyndrom: ja  nein  kooperativ  Antriebsmangel

Demenz: ja  nein  aggressiv  Weglauftendenz

Mobilisation: bettlägerig  mobil zu Fuß  Rollstuhl

Körperpflege: selbständig  unselbständig  mit Hilfe im Bett  Hilfe beim Waschen