

Antrag auf Krankenhausaufnahme zur neurologischen Frührehabilitation Phase B

Sekretariat Klinik für Neurologie

Telefon: +49 (0) 7522 797-1218

Telefax: +49 (0) 7522 797-1192 (Im Notfall: +49 (0) 7522 797-1110 mit Vermerk Neurologie; z. Hd. Frau Dr. Beier)

(Bitte ausgefüllt per Fax senden)

Patientendaten: (bitte ausfüllen oder Etikett aufkleben) Name, Vorname: Geburtsdatum: Adresse: Telefonnummer: Krankenkasse: ggf. gesetzlicher Betreuer:	Größe: cm Gewicht: kg Tracheostoma: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Trachelkakanüle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Nicht-invasive-Beatmung: <input type="checkbox"/> High-Flow <input type="checkbox"/> CPAP Sonde: <input type="checkbox"/> NGS <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ Ernährung: <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/> parenteral Frakturen übungsstabil: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
--	--

Reha-relevante Diagnosen:

Ein ausgefüllter Frühreh-Barthel-Index sowie ein kurzer medizinischer Befund-/Verlaufsbericht liegt als Anlage bei.

Wenn Infektionsstatus positiv, bitte ausfüllen:

4MRGN 3MRGN MRSA Klebsiella Serratia Acinetobacter

E.coli Enterobacter Pseudomonas

Kontaktdaten Einweiser:

Sozialdienst, Name, Vorname & Telefonnummer

Ärztin/Arzt, Name, Vorname & Telefonnummer

Krankenhausstempel/-adresse u. Unterschrift