

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: ☐ ja ☐ nein

Trachelakanüle: ☐ ja ☐ nein

Nicht-invasive-Beatmung: ☐ High-Flow ☐ CPAP

Sonde: ☐ NGS ☐ PEG ☐ PEJ

Ernährung: ☐ enteral ☐ parenteral

Frakturen übungstabil: ☐ ja ☐ 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 ☐

Kontakt Daten Einweiser:

Sozialdienst, Name, Vorname & Telefonnummer

Ärztin/Arzt, Name, Vorname & Telefonnummer

Krankenhausstempel/-adresse u. Unterschrift