

Voraussetzungen zur weiterführenden geriatrischen Frührehabilitation:

Datum: _____

| | |
|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Patient ist \geq 70 Jahre | <input checked="" type="checkbox"/> Bisher kein Antrag auf Leistungen nach §40 SGB V |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bestehende Notwendigkeit der Krankenhausbehandlung (akutmedizinischer Behandlungsbedarf) | <input checked="" type="checkbox"/> Bisher keine geriatrische Komplexbehandlung durchgeführt |
| <input checked="" type="checkbox"/> Bestehende Indikation der Frührehabilitation (Barthel-Index max. 65 Punkte) | <input checked="" type="checkbox"/> Einverständnis des Patienten/Betreuers zur geriatrischen Frührehabilitation (2 bis 3-wöchig) |

Fachabteilung: _____ Behandelnder Arzt: _____ Tel: _____

Name, Vorname: _____ Geb. Datum: _____

Betreuer: Nein Ja / Name: _____ Tel: _____

Versicherung: GKV PKV Zusatzversicherung Chefarzt 1-Bett 2-Bett
 Umfeld: Patient lebt alleine mit Angehörigen im Altenheim (Pflegegrad: __)

Aktueller Barthel-Index: _____ Punkte

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnose(n): _____

Bei Fraktur → OP-Datum: _____ Belastung: Voll Teilbelastung mit _____ kg ZVK Drainage, wo _____ Vacuum-Pumpe, wo _____ Tracheostoma

Sonstiges: _____

| | |
|---|--|
| MRGN <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Ort: _____ | Wir bitten um Verständnis, dass wir nur Patienten aufnehmen können, wenn ein mikrobiologisches Monitoring vorliegt. |
| MRSA <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja → Ort: _____ | |
| Clostridium diff. <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja _____ | |
| Andere: <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Erreger: _____ | |

Vigilanz: Wach Somnolent KomatösOrientierung: Klar gelegentlich desorientiert DesorientiertDemenz bekannt Unklar NeinDekubitus Nein Ja → Grad/Ort: _____

Behandlungsziel: _____

Gewünschter

Verlegungstermin: _____

Unterschrift anmeldender Arzt / Ärztin: _____ **Tel. und Fax:** _____

Bitte immer einen ausführlichen Verlegungsbericht inkl. genauer Medikationsangabe mitgeben
Per Fax an 0251 50072318 (Sekretariat Klinik für Innere Medizin I)