

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen
Krankenhausbehandlung (§ 39 SGBV)

per Fax an: (05 31) 5 95 – 34 44

Belegungs Koordinatorin **Meike Daidone**

Tel.: (0531) 595 – 34 45

Mobil: 0151-12233926

Fax: (0531) 595 – 34 44

Patienten-Angaben, ggf. Pat.-Aufkleber

Name, Vorname: _____

**Anmeldendes Krankenhaus/
Station/Telefon:**

Arzt-/KH-Stempel

geb. am: _____

Krankenversicherung: gesetzlich privat

Wird Wahlleistung gewünscht? Chefarztbehandlung 1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer

Hauptdiagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

MRSA positiv
 Clostridien positiv
 andere Infektion/Besiedlung:
 COVID-PCR am__/__/____

Pat. ist mit der Verlegung/Einweisung einverstanden ja nein

Rehabilitation gemäß § 111 SGBV beantragt ja nein

Grund zur Krankenhausbehandlung nach § 109 SGBV: ja nein

| Was macht der Patient | selbstständig | mit Hilfe | unselbstständig |
|---|-------------------------------|--|---------------------------------------|
| Essen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Waschen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Anziehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Gehen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Treppensteigen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Rollstuhl | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Der Patient ist | immer orientiert | teilweise orientiert | desorientiert |
| | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dekubitus? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, wo: _____ Grad: _____ |
| Dysphagie? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kontinenz | kontinent | teilweise | inkontinent |
| Stuhlgang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Urin | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dauerkatheter | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | |
| Pflegegrad vorhanden? | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | wenn ja, welcher? _____ (1-5) |
| Versorgung vor Eintritt der aktuellen Erkrankung | | | |
| zu Hause bisher völlig selbstständig: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| zu Hause bereits Versorgung durch | | <input type="checkbox"/> Sozialstation | <input type="checkbox"/> Angehörige |
| bereits im Heim versorgt: | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wird eine Heimunterbringung angestrebt? | | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Wie schätzen Sie das Rehabilitationspotential ein? | <input type="checkbox"/> hoch | <input type="checkbox"/> befriedigend | <input type="checkbox"/> gering |

Sonstiges: