

Bitte Fragebogen so weit wie möglich ausfüllen und zurücksenden: Fax 0209/364-3699

Bei Rückfragen gerne telefonische Rücksprache unter:  
Telefon: 0209/364-3691 (Klinik Sekretariat)

Krankenkasse bzw. Kostenträger	
Name, Vorname des Patienten	geb.am
Adresse	
Private Krankenversicherung: _____	
<input type="checkbox"/> privat versichert, 1-Bett	<input type="checkbox"/> mit Chefarztbehandlung
<input type="checkbox"/> privat versichert, 2-Bett	<input type="checkbox"/> ohne Chefarztbehandlung

ABSENDER/PRAXIS:

  
  

Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel.:

Aufnahmedatum **BEI IHNEN:** \_\_\_\_\_ Gewünschtes Aufnahmedatum **BEI UNS:** \_\_\_\_\_

Letzte GFK am: \_\_\_\_\_

Behandlungsbegründende **Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_

Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte *(bitte als Anlage beifügen)* ISAR-Score: \_\_\_\_\_ Punkte  
 OP-Datum: \_\_\_\_\_ Bei Fraktur:  voll belastbar  teilbelastbar ab/seit \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg  
 übungstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

**THERAPIEZIEL:** \_\_\_\_\_

Hinlauftendenz:  nein  ja Aggressivität:  nein  ja

Infektionen:  nein  ja - bei ja, welche: \_\_\_\_\_

MRE-Screening:  nicht erfolgt  erfolgt, am: \_\_\_\_\_ Ergebnis: \_\_\_\_\_

- Sonstiges:**
- O2-Pflicht: \_\_\_\_\_ L/Min
  - Dysphagie/  PEG vorhanden
  - Drainagen: \_\_\_\_\_
  - Wunden: \_\_\_\_\_ *(Wundversorgungsprotokoll bitte beifügen)*
  - Pfleg. Besonderheiten (bsp. Schwerlastbett, Wechseldrucksystem, Tracheostoma etc.): \_\_\_\_\_
  - Stoma, Versorgung durch: \_\_\_\_\_

- Es besteht noch **keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit** zur Behandlung in einer Rehaklinik, **weil...**
- die **Vitalparameter** nicht durchgehend stabil sind.
  - bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen: \_\_\_\_\_
  - Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
  - Komplikationen bestehen: *(z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Hinlauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust).*

Besteht ein Pflegegrad?  nein  ja, welcher: \_\_\_\_\_  Pflegegrad ist beantragt

Betreuung/ Bevollmächtigter:  nein  ja, wer: \_\_\_\_\_  Betreuung ist beantragt  
 (altern. helfende Person) Telefon/Mail: \_\_\_\_\_

Ehegattennotvertretung?  nein  ja – (Kopie bei Verlegung bitte mitgeben)

Wurde vor Verlegung ein Reha-Antrag gestellt:  nein  ja

**Bitte faxen Sie uns** zur Optimierung der Behandlungsplanung **vor Verlegung:**

1. aktuellen Barthel-Index
2. Verlegungsbrief und akt. Labor
3. aktuelle Medikamentenliste

**Vielen Dank!**

Wird vom Krankenhaus ausgefüllt:

Aufnahme am: \_\_\_\_\_ möglich,  anfragende Einrichtung wurde informiert von: \_\_\_\_\_ (Name)