

Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen
Krankenhausbehandlung (§ 39 SGBV)

Belegungscoordination
Tel.: (0531) 595 – 34 45
Mobil: 0151-12233926
Fax: (0531) 595 – 34 44

per Fax an: (05 31) 5 95 – 34 44

Patienten-Angaben, ggf. Pat.-Aufkleber

Name, Vorname: _____ Anmeldendes Krankenhaus/
Station/Telefon: _____
geb. am: _____ Telefon Patient: _____

Arzt-/KH-Stempel

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: