

Anmeldung zur geriatrischen Frührehabilitation

Geriatrie/Neurogeriatrie in der Medizinischen Klinik
Ltd. Ärztin Dr. med. P. Bellenberg
Spellerstr. 16, 59302 Oelde, Tel.: 02522-99-4343, Fax 02522-99-1029

Anmeldung zur geriatrischen Frührehabilitation

Zusatzversicherung: _____ 1-Bett 2-Bett

Name: _____ Vorname: _____ Geb.Dat. : _____

Anschrift: _____ Tel.Nr.: _____

Krankenkasse: _____ Privatkasse: _____

Krankenhauseinweisung (bei Aufnahme von zu Hause) und Arztberichte sind mitzubringen!

Zusätzliche Behandlung durch den Chefarzt bzw. Stellvertreter erwünscht: ja/ nein

Befand sich der/die Patient/in schon einmal in hiesiger stationärer Behandlung? ja/ nein

Wenn „ja“, im Jahr: _____

Wo hat der Patient bisher gelebt?

- in eigener Wohnung bei Angehörigen
 Altenheim Altenpflegeheim

Ist nach stationärer Behandlung bei uns die Rückkehr in die eigene Wohnung bzw. zu den Angehörigen gewährleistet? ja/ nein

Wenn nicht, was ist bereits unternommen? _____

Pflegegrad vorhanden? ja nein, wenn ja, welcher: _____

isolierungspflichtiger Keim? ja nein, wenn ja welcher und wo: _____

Nächste Angehörige:

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____

Anschrift: _____

Tel.Nr.: _____

Hauptdiagnose: _____

_____ Krankheitsbeginn: _____

Nebendiagnosen: _____

Welche Funktionsausfälle bzw. Syndrome stehen im Vordergrund: _____

Allgemeine Belastungsfähigkeit (Teilnahmemöglichkeit an Krankengymnastik, Ergotherapie, usw.): _____

Ist die/der Patient/in:

- | | |
|---|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> voll bettlägerig | <input type="checkbox"/> stehfähig |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer | <input type="checkbox"/> gehfähig |

Welche Hilfsmittel zum Gehen: _____

Liegt eine Sprachstörung vor? ja/ nein

Liegt eine Schluckstörung vor? ja/ nein

Ist der/die Patient/in:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> verwirrt | <input type="checkbox"/> zeitlich und örtlich orientiert |
| <input type="checkbox"/> unruhig | <input type="checkbox"/> kooperationsfähig |

Benötigt der/die Patient/in Hilfe beim:

- | | | |
|------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Essen | <input type="checkbox"/> An-/Ausziehen | <input type="checkbox"/> Benutzen der Toilette |
| <input type="checkbox"/> Aufstehen | <input type="checkbox"/> Waschen | |

Bemerkungen:

Sonde	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Gips vorhanden	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Amputation	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Dekubitus, Hautulcera	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Extremitätenprothese	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Nekrosen	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Stuhl-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Arm/Bein beweglich	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Urin-Inkontinenz	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	Kontrakturen	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein
Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein		

Name des Arztes und/oder evtl. des Krankenhauses: _____

Anschrift:

(mit Stempel) _____ Tel.Nr.: _____

Bemerkungen (z.B. Sozialarbeiter/in): _____

Verlegungsfähig ab: _____

Datum

Unterschrift des Arztes