

ANMELDUNG ZUR VOLLSTATIONÄREN GERIATRISCHEN FRÜHREHABILITATION

Patientenaufkleber

Derzeitige Haupt- und Nebendiagnosen /OP-Datum:

MRSA: ja nein ESBL: ja nein 4MRGN: ja nein Clostridien: ja nein

Letzter Abstrich (Datum): _____

Dekubitus: nein ja Grad/Ort _____

Wunden: nein ja Ort/Beschreibung _____

Körperlicher Status:

	ohne Hilfe	mit Hilfe	nicht möglich
1. Essen und Trinken	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
3. Sich waschen (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
4. Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
5. Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
6. Aufstehen und Gehen auf ebenem Grund	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl (nur, falls Item 6 mit »nicht möglich« bewertet)	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀	<input type="checkbox"/> ₀
7. Treppen auf-/absteigen	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
8. An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
9. Harnkontrolle	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀
10. Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> ₁₀	<input type="checkbox"/> ₅	<input type="checkbox"/> ₀

Desorientierung: ja nein zeitweise Demenz
Pflegrad: ₁ ₂ ₃ ₄ ₅

Rehabilitations-/
Entlassungsziel: Rückkehr in die eigene Wohnung Versicherung: _____
 Pflegewohnheim wenn privat:
 Sonstiges _____ 1-Bett 2-Bett WA

Gewünschter Verlegungstermin: _____ Angehörige/ Betreuer (Tel.): _____

Datum _____ Klinik / Station _____ Ansprechpartner _____ Tel.Nr. _____ Fax.Nr. _____

Fax-Antwort:

Verbindliche Übernahme am _____

Bitte TERMINBESTÄTIGUNG 1 Tag vor Verlegung bis 12 Uhr unter: 030/36501-1160

Übernahme absehbar leider nicht möglich.