



<i>(Patientenetikett)</i>	
Name:	.....
Vorname:	.....
Geb. Datum:	.....

## Anmeldung zur frührehabilitativen Komplexbehandlung

**Einweisende Klinik /Ansprechpartner:** ..... **Tel.** .....

**Kostenträger:** ..... **Versicherungs-Nr.** .....

**Wahlleistung:**  **Einzelzimmer**  **Chefarztbehandlung**

**gewünschter Verlegungstermin:** .....

**Hauptdiagnose:** .....

**Aktuelle/durchgeführte/geplante Therapien:** .....

.....

**Wichtige Nebendiagnosen:** .....

	ja	nein	weiterführende Information / Lokalisation
Tracheostoma			
Demenz			
Delir			
Inkontinenz			
Dekubitus			
Wunde			
Isolationsbedarf			
Multiresistente Erreger			
Vollbelastung möglich			

**zum Verlegungszeitpunkt: Barthel-Index:** ..... Punkte **MMSE:** ..... Punkte

**Mobilität:** ohne Hilfsmittel  mit Hilfsmitteln  bis Bettkante  bettlägerig

**aktueller Pflegegrad:** .....  beantragt **Körpergewicht/-größe:** .....

**Dialyse:** nein  Mo  Di  Mi  Do  Fr  Sa

**Dauer bisheriger Krankenhausaufenthalt:** ..... Tage

**Aufnahme/Verlegung von:** Normalstation  ITS  IMC

*Bitte Anmeldeformular vollständig und sorgfältig ausfüllen!*

.....  
(Datum) (Name Ansprechpartner) (Stempel)