

## Anmeldung zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung

Patientendaten:

- stationäre Behandlung  
 teilstationäre Behandlung / Tagesklinik

\_\_\_\_\_  
Name, Vorname

\_\_\_\_\_  
Geburtsdatum

\_\_\_\_\_  
PLZ, Wohnort

\_\_\_\_\_  
Str., Nr.

\_\_\_\_\_  
Kontakt-Tel. / Ansprechpartner

Anmelder:

Stempel / Datum / Unterschrift

Hauptdiagnose mit akutmedizinischem Handlungsbedarf:

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:

Der Patient befindet sich derzeit:

- zu Hause       Krankenhaus: \_\_\_\_\_  
 Pflegeeinrichtung       Reha-Klinik: \_\_\_\_\_

Versorgung des Patienten zu Hause:

- selbst       Hilfe durch Angehörige       Pflegedienst       Sonstiges: \_\_\_\_\_

Pflegegrad: \_\_\_\_       Gedächtnisprobleme       Weglauftendenz       Inkontinenz       Sauerstoffpflicht

Vorhandene Hilfsmittel:

- Rollstuhl       Rollator       Gehstützen       Sonstige: \_\_\_\_\_

Initiative geht aus von:

- Patient       Angehörige       Arzt       Sonstige: \_\_\_\_\_

Welches Ziel soll erreicht werden? \_\_\_\_\_

Einverständnis des Patienten zur Frührehabilitation liegt vor:       ja       nein

Liegt eine Betreuung / Vorsorge vor:       nein       ja, \_\_\_\_\_

Bisherige Krankenhaus-Verweildauer (falls zutreffend): \_\_\_\_\_ Tage (Aufnahmedatum)

Belastbarkeit bei Frakturen (falls zutreffend): \_\_\_\_\_ Voll-/Teilbelastung (kg)

Aufnahme in die Geriatrie möglich am/ab: \_\_\_\_\_

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_