

Bitte das ausgefüllte Formular per Fax an 02041 106 1909 senden

Patientendaten Name: _____ Vorname: _____ Geburtsdatum: _____ Straße: _____ Wohnort: _____ Tel. Angehöriger/Ansprechpartner: _____ _____	Absender/Krankenhaus (Stempel): Rücksprache möglich unter Tel: _____
--	--

Krankenkasse/Kostenträger: _____ Aufnahme ab: _____

privat versichert?	1-Bett	Ja ☐	Nein ☐	Mit CA-Behandlung	Ja ☐	Nein ☐
	2-Bett	Ja ☐	Nein ☐			

Hausarzt _____	
Status vor Erkrankung:	☐ Selbstständig/Wohnung ☐ Heim ☐ _____
Behandlungsbegründete Hauptdiagnose: _____	
Früh-Reha-begründende Symptome: z.B. Einschränkung von Mobilität (Ausdauer, Treppensteigen), Selbstversorgung, häusliches Leben, Teilhabe – bitte zutreffendes unterstreichen!	

	Ja	Nein	
Besteht ein Pflegegrad?	☐	☐	Welcher? _____ ☐ beantragt
Betreuung/Bevollmächtigter?	☐	☐	Wer? _____

Barthel-Index: _____ Punkte (bitte als Anlage beifügen!)
--

OP-Datum: _____					
Bei Fraktur:	☐	voll belastbar	☐	übungsstabil	
	☐	teilbelastbar ab/seit: _____		mit _____ kg	
	☐	keine Belastung bis: _____			
Sonstiges:	Ja	Nein		Ja	Nein
PEG	☐	☐	nasogastrale Sonde	☐	☐
DK	☐	☐	Tracheostoma	☐	☐
SPDK	☐	☐	Stoma	☐	☐

Isolationspflichtig? ☐ Ja ☐ Nein	☐ SARS-CoV2 ☐ VRE	☐ MRSA ☐ 3-MRGN	☐ Sonstiges: _____ ☐ 4-MRGN
--	--	--	--

Aktuelle Testnachweise für die Übernahme zwingend notwendig!

Wurden Röntgen/ MRT-Aufnahmen gemacht? Bitte unbedingt auf CD mitgeben!
--

ACHTUNG! = Pflichtfelder. NOTWENDIG zur Bearbeitung Ihres Antrags!

Erstelldatum: 12.09.2024	Prüfdatum: 12.09.2024	Freigabedatum: 12.09.2024
Ersteller: Müller, Alexander	Prüfer: Krüger, Frank	Freigeber: Müller, Alexander