

Kontaktdaten:
Fax: +49 (0)421 408 2599
Fon: +49 (0)421 408 2505 (SPL)

Anmeldebogen
Neurologische Frührehabilitation Phase B

Name: Vorname:.....

Geb.: Geschlecht: W M

Adresse:

Name, Tel.-Nr. des Angehörigen:

Ggf. des Betreuers:

Krankenkasse: Versicherungsnummer:

Anmeldende Klinik: Zentrale Tel. Nr.:

Anmeldende Station: Tel. Nr.:

Anmeldender Arzt: Datum der Anmeldung:

Neurologische Diagnose (mit Ereignisdatum):

Weitere therapierelevante Diagnosen (ggf. Kurzarztbericht):

Sonstige Besonderheiten	NEIN	JA	
Beatmet / NIV			
Tracheostoma			
Gewicht > 120 kg			
Isolierpflichtig z.B. MRSA, MRGN,ESBL			Keim:
Wunden, Dekubitus			Ort, Größe
Dialysepflicht			
Weglaufgefährdung; Verhaltensstörung			

Patient hat: ZVK PEG MS SPF BVK

Sonstiges:.....

Bitte einen Kurzarztbrief und einen Frühreha-Barthel-Index anfügen!

Erstellt von: Ralph Günther, Neurolog. Frührehabilitation	Dateiname: KBO_Neuro_PA_Anmeldung_PhaseB_V1.0_2017-06-06
Geprüft von: K. Dengler, Neurolog. Frührehabilitation	Gültig bis: zur Erstellung einer neuen Version
Freigegeben von: D.-B. Schmidt, Klinikpflegeleitung Signatur:	Seite 1 von 1