

Datum:.....

Anfrage zur Patientenaufnahme

Angestrebter Aufnahmetermin:.....200....

Neuropädiatrie **Neurologie** **Geriatric** Reha-Phase: B C D

Angaben zum Patient:

Name:Vornamegeb.: w m

Anschrift:Tel.:

Kostenträger:Tel.

Behandelnde Klinik/Station: Tel.: Fax:

Pflegestufe nein ja 1 2 3

Aufnahmediagnose: **ICD10**

angeboren erworben seit

weitere Diagnosen: Herz/Kreislauf Gefäße Lunge
 Gastrointest. Urogenital Infektion Stoffwechsel
 Neoplasma Operationen

Verantwortliche Angehörige/Betreuer

Heimunterbringung nein ist erfolgt soll erfolgen

Aktueller Status: Barthel-Index oder FIM (nur ausfüllen, wenn bekannt)

| | | | | |
|------------------------|---|---------------------|---|------------------------------------|
| Vollständig immobil | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Essen/Trinken | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Epilepsie | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Körperpflege | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Hydrocephalus (Ventil) | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Waschen/Baden | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Langzeitbeatmung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Duschen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Akut-Beatmung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Blasenkontrolle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Tracheostoma | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Darmkontrolle | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| PEG | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Rollstuhlbenutzung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Blasenkatheter | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ankleiden oben | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Dekubitus/Wundheilung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Ankleiden unten | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Schluckstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Transfer Bett/Stuhl | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Sprach/Sprechstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Gehen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Verhaltensstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | Treppensteigen | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> mit Hilfe |
| Orientierungsstörung | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |
| Demenz | <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein | | | |

Hilfsmittel:

Rehaziel:

Ist die Aufnahme eines Elternteiles/Angehöriger erwünscht? ja nein
 Kostenzusage bei der Krankenkasse für ein Elternteil beantragt? ja nein

Anfordernder Arzt: Datum
 (Druckbuchstaben & Unterschrift) (ggf. Klinikstempel)

Bitte ausgefülltes Formular **faxen** an: St. Mauritius Therapieklinik, Neuropädiatrie

Telefax (0 21 59) 679-15 53 oder -4125

Telefon (0 21 59) 679-15 52 (Sekretariat Fr. Aretz) oder
 Telefon (0 21 59) 679-51 24 Frau Menn, Patientenmeldung

Kostenzusage bereits bei Krankenkasse beantragt:

Kostenzusage liegt vor: ja nein Aufnahme am: Station