

Anfrage zur Patientenaufnahme



Angestrebter Aufnahmetermin: _____ 20

☐ Neuropädiatrie

Reha-Phase: ☐ B ☐ C ☐ D

Angaben zum Patient:

Name: _____ Vorname: _____ geb.: _____ ☐ w ☐ m

Anschrift: _____ Tel.: _____

Kostenträger: _____ Tel.: _____

Behandelnde Klinik/Station: _____ Tel.: _____ Fax.: _____

Pflegegrad ☐ nein ☐ ja 1 2 3 | Schwerbehindertenausweis: %

Aufnahmediagnose: _____ ICD10 _____

☐ angeboren ☐ erworben seit _____

Weitere Diagnosen: ☐ Herz/Kreislauf ☐ Gefäße ☐ Lunge
☐ Gastointest. ☐ Urogenital ☐ Infektion ☐ Stoffwechsel
☐ Neoplasma ☐ Operationen

Verantwortliche Angehörige/Betreuer _____

Heimbringung ☐ nein ☐ ist erfolgt ☐ soll erfolgen

Aktueller Status: Barthel-Index _____ + Frühreha Barthel _____ (nur ausfüllen, wenn bekannt)

Vollständig immobil ☐ ja ☐ nein

Epilepsie ☐ ja ☐ nein

Hydrocephalus (Ventil) ☐ ja ☐ nein

Langzeitbeatmung ☐ ja ☐ nein

Akut-Beatmung ☐ ja ☐ nein

Tracheostoma ☐ ja ☐ nein

PEG ☐ ja ☐ nein

Blasenkatheter ☐ ja ☐ nein

Dekubitus/Wundheilung ☐ ja ☐ nein

Schluckstörung ☐ ja ☐ nein

Sprach/Sprechstörung ☐ ja ☐ nein

Verhaltensstörung ☐ ja ☐ nein

Orientierungsstörung ☐ ja ☐ nein

Demenz ☐ ja ☐ nein

Essen/Trinken ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Körperpflege ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Waschen/Baden ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Duschen ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Blasenkontrolle ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Darmkontrolle ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Rollstuhlbenutzung ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Ankleiden oben ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Ankleiden unten ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Transfer Bett/Stuhl ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Gehen ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Treppensteigen ☐ ja ☐ nein ☐ mit Hilfe

Hilfsmittel: _____

Rehaziele: _____

ist die Aufnahme eines elternteils/Angehörigen 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 -41 25

Telefon (0 21 59) 679-15 52 (Sekretariat Sabine Aretz) oder

Telefon (0 21 59) 679-5226 (Patientenanmeldung)

Kostenzusage bereits bei Krankenkasse beantragt:

Kostenzusageliegt vor: ☐ ja ☐ nein Aufnahme am: _____ Station _____