Anmeldung zur neurologischen/neurochirurgischen Frührehabilitation oder zur neurologischen Beatmungsentwöhnung

Krankenhaus für neurologische Intensivmedizin
St. Mauritius Therapieklinik
Fax: 02159/679-4529 Telefon: 02159/679-5018
Email: casemanagement@stmtk.de

Datum:

Patient	Name:	Vorname:	w ☐ / m ☐
	Geb.Datum:	Versicherung:	
Anmeldende Klinik		Station:	Tel:
Ärztlicher Ansprechpartner		Telefon:	
Neurologische Reha-Diagnose		Verlegung möglich ab:	
Relevante Nebendiagnosen			
Neurologischer Befund			
	Schluckstörung: ja ☐ nein ☐	Atmung: ☐ spontan ☐ kontinuierlich maschinell ☐ intermittierend masch.	
	Trachealkanüle: ja ☐ nein ☐		
	Orientierungsstörung: ja ☐ nein ☐	Ernährung: ☐ Oral ☐ Magensonde (nasal) ☐ PEG ☐ ZVK	
	Verständigungsstörung: ja ☐ nein ☐		
Keimbesiedlung	MRSA: ja ☐ nein ☐	wo?	
	3/4 MRGN: ja ☐ nein ☐	wo?	
	VRE: ja ☐ nein ☐	wo?	
Betreuung	nicht erforderlich ☐ erforderlich, eingeleitet ☐ erforderlich, nicht eingeleitet ☐ besteht schon ☐	Betreuer:	

Bitte der Anmeldung beilegen: Verlegungsbrief, Barthel, Beatmungsprotokoll, Wunddokumentation