

- St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Fax: 0 20 64-44 11 88
- St. Willibrord-Spital Emmerich (Neuro-Geriatrie) Fax: 0 28 22-73 11 58
- St.-Clemens-Hospital Geldern Fax: 0 28 31-3 90 35 03
- St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln Fax: 0 21 62-89 93 59
- Marien-Hospital Wesel Fax: 02 81-1 04 11 58
- Sankt Josef-Hospital Xanten Fax: 0 28 01-71 01 97



| | | | |
|--|--|--|--|
| Patientendaten/ Aufkleber | | Absender Stempel Station: _____ Telefon: _____ Datum: _____ Arzt: _____ | |
| Kassenpatient <input type="checkbox"/> | Privatpatient <input type="checkbox"/> | Kasse/ Versicherung _____ | Privat 1-Bettzimmer <input type="checkbox"/> Privat 2-Bettzimmer <input type="checkbox"/> |
| | | Mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> | ohne Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> |

Status vor Erkrankung: Selbständig/ Wohnung Altenheim/ Wohnbereich Altenheim/ Pflegebereich

Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:

Weitere relevante Diagnosen:

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

OP-Datum: _____ Bei Fraktur voll belastbar Teilbelastbar ab _____ mit _____ kg
 übungstabil keine Belastung bis _____

Erbrechen ja nein Weglaufgefahr ja nein
 Durchfall ja nein Aggressivität ja nein
 Infektionen (Noro/MRSA/ Clost.) ja nein Bei Ja: Welche _____

Geriatrische Multimorbidität: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit
 - Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung
 - Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz
 - Inkontinenz
 - Decubitus/ Wunden
 - Mangel-/ Fehlernährung
 - Depression/ Angststörung
 - Schmerz
 - Starke Seh-/ Hörbehinderung
 - Multimedikation (mehr als 5)
 - Exsikkose/ Elektrolytentgleisung
 - Verzögerte Rekonvaleszenz
- Sonstiges:** Nasogastr. Sonde PEG DK SPDK Tracheostoma

Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil

- die **Vitalparameter** nicht durchgehend stabil sind
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen
(bitte Erkrankung anführen) _____
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen: (z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/
Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust)

| | | |
|------------------------------|--|---|
| Pflegegrad: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> eingeleitet |
| Betreuung/ Bevollmächtigter: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, wer? | |
| Patientenverfügung: | <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja | MRSA-Abstrich erfolgt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ergebnis: Wunde _____ Nase/ Rachen |

Anmeldung für (Datum): _____ Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel: _____