

ANFRAGE ZUR PATIENTENAUFNAHME



Angestrebter Aufnahmetermin: _____

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:

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

Verantwortliche Angehörige/Betreuer: _____

Heimbringung nein ist erfolgt soll erfolgen

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

Vollständig immobil	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Epilepsie	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Dekubitus/Wundheilung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Hydrocephalus (Ventil)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Langzeitbeatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Sprach/Sprechstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Akut-Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Verhaltensstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Orientierungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
PEG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> 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:

Mauritius Therapieklinik, Neuropädiatrie

F 021 59 679 1553 oder F 021 59 679 4125

T 021 59 679 1552 (Sekretariat Sabine Aretz) oder

T 021 59 679 5226 (Patientenanmeldung)

Kostenzusage bereits bei Krankenkasse beantragt: _____

Kostenzusage liegt vor: ja nein

Aufnahme am: _____ Station _____