

Anmeldeformular zur Prüfung der Eignung zur Aufnahme in die 14-tägige geriatrische frührehabilitative Komplextherapie (GFK) OPS 8-550.1

Seite 2/3

Bitte füllen Sie dieses Formular neben der Bereitstellung von Entlassbrief, aktueller Medikation und Labor vollständig aus. Nur so sind für unser erfahrenes Aufnahmeteam eine zügige Bearbeitung und rasche Terminvergabe für Sie möglich.

Bitte ausgefüllt faxen an: 0821-909-108 / Telefonnummer: 0821-909-188

Herzlichen Dank für Ihre große Unterstützung!

Name, Vorname, Geb.Dat.:

Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z.B. Sozialdienst / Case Management):

Hauptdiagnose:

Barthel-Index:

Nebendiagnosen:

akt. Operation (Intervention) mit Operationsdatum:

Belastungsstufe: Vollbelastung Teilbelastung kg Watt

Gesetzliche Betreuung:

ja nein

Name/Telefonnr. Betreuer:

Vorsorgevollmacht:

ja nein

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf und noch keine ausreichende Rehabilitationsfähigkeit für eine Behandlung in einer Rehaklinik gegeben, weil z.B.:

- aktuell notwendige i.v.-Therapie: z.B. i.v.-Antibiose, i.v.-Diuretikagabe
- verzögerte Rekonvaleszenz oder komplikationsreicher Verlauf mit anhaltender Einschränkung der Mobilität, herabgesetzter körperlicher Belastbarkeit und / oder Schmerzen oder z.B. Wundheilungsstörungen
- bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer medizinischer Behandlung bedürfen
- Z. n. frischer Amputation
- etc.

ja nein

Motivation des Patienten für 14 - tägige stationäre Therapie: ja nein

Mobilität: gehfähig mit Hilfsmittel mit Rollstuhl mit fremder Hilfe Bettlägrigkeit

Gewicht Pat.: kg

Größe Pat.: cm

Pflegegrad vorhanden:

ja nein Pflegegrad:

Dialyse:

ja nein
 x pro Woche Dialyse seit: Jahr /

Dialysepraxis:

Restausscheidung: ja nein

Anämie:

ja nein

Tumorerkrankung:

ja nein
 kurativ palliativ kontrolliert: ja nein

Infektiöse Erkrankung:

ja nein
 SARS-COV2 Influenza RSV Norovirus
 Rotavirus Clostridium difficile sonstiges

Nachweis multiresistenter Erreger:

ja nein
 MRSA 3MRGN 4MRGN VRE sonstiges

Wunden / Dekubitus:

ja nein
 bei „ja“ bitte Wunddokumentation beifügen

Amputation:

ja nein
 Stumpf verheilt und belastbar? ja nein
 Prothese bereits vorhanden? ja nein

Kognitive Störung, Orientierungsstörung:

ja nein
 Delir / Verwirrtheitszustand? ja nein
 Hinlaufgefährdung? ja nein
 Selbst-/Fremdgefährdung? ja nein
 Nächtliche Unruhe? ja nein

Sauerstofftherapie:

ja nein
 Wird eigene O₂-Versorgung mitgebracht? ja nein
 Gerät: beantrag Konzentrator
 eigenes O₂-Gerät wird geliefert von Firma

Erhält der Patient kostenintensive spezifische Medikation,

ja nein
 z.B. Chemotherapeutika, Biologicals, Immunsuppressiva, Antikörper, EPO etc.
 Bei „ja“ welche?:

Datum:

Unterschrift Arzt:

Stempel Klinik: