

# Anmeldebogen zur Frührehabilitation (Phase B)

Tel.: +49 7682-801/1160, Fax.: +49 7682-801/8260

Patient/in:

Patientenaufkleber

Körpergewicht:

 kg

Diagnose (mit Datum):

Operationen, Komplikationen (mit Datum):

Wesentliche Begleiterkrankungen:

Trachealkanüle:  Ja  Nein

Beatmungsmodus:

O<sup>2</sup>-pflichtig:  Ja  Nein

Fixierung:  Ja  Nein

PEG:  Ja  Nein

dialysepflichtig:  Ja  Nein

Arterie:  Ja  Nein

Dekubitus:  Ja  Nein

Drainagen:  Ja  Nein

Heparin-Perfusor:  Ja  Nein

Zusatzentgeltpflichtige Medikamente (ZE)?  
 Ja  Nein

Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB)?  
 Ja  Nein

Anmeldendes Krankenhaus/ Station:

Tel.:  /  Fax.:  /

Datum:

MRSA  Ja  Nein

3-MRGN  Ja  Nein

4-MRGN  Ja  Nein

VRE  Ja  Nein

Clostridien  Ja  Nein

Kontaktdaten Betreuer:

Summe Barthel- + Frühreha-Barthel-Index:

\_\_\_\_\_  
Unterschrift und Name d. Einweisenden