

Anmeldebogen zur Frührehabilitation (Phase B)

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

FME 130.05

Patient/in:

Patientenaufkleber

Körpergewicht:

 kg

Diagnose (mit Datum):

Operationen, Komplikationen (mit Datum):

Wesentliche Begleiterkrankungen:

Trachealkanüle: Ja Nein

Beatmungsmodus:

O²-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

Zusatzentgeltspflichtige Medikamente (ZE)?

Ja Nein

Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB)?

Ja Nein

MRSA Ja Nein

3-MRGN Ja Nein

4-MRGN Ja Nein

VRE Ja Nein

Clostridien Ja Nein

COVID-Impfung: Ja Nein

Impfstoff:

1. Impfung am:

2. Impfung am:

Kontaktdaten Betreuer:

Summe Barthel- + Frühreha-Barthel-Index:

Anmeldendes Krankenhaus/ Station:

Tel.: / Fax.: /

Datum:

Unterschrift und Name d. Einweisenden