

# Anmeldebogen

## Geriatrische Frühreha-Komplexbehandlung

Tel.: +49 7681-208/5000, Fax.: +49 7681-208/7799

Patient/in:

Patientenaufkleber

Summe FRI+ Barthel-Index

0-30 Punkte

GKV

PKV

Wahlleistung 1-Bett

Aktuelle Diagnose(n):

Wesentliche Begleiterkrankungen:

Vorsorgebevollmächtigte/r bzw. Gesetzliche/r Betreuer/in

Name/Adresse/Telefonnummer

Pflegegrad vorhanden? Ja Nein Beantragt PG1 PG2 PG3 PG4 PG5

Sauerstoffpflichtig Ja Nein

Dialysepflichtig Ja Nein

Dekubitus/Wunden Ja Nein

Delir/Fixierung Ja Nein

PEG-Sonde Ja Nein

Schluckstörung Ja Nein

### Multiresistente Keime

MRSA

Clostridien

3-MRGN

4-MRGN

VRE

Sonstige

**SARS-CoV-2 negativ** Datum

Zusatzentgeltpflichtige Medikamente (ZE) oder Neue Untersuchungs- und Behandlungsverfahren (NUB) ???

Anmeldendes Krankenhaus / Station:

Bitte auch eine Rückrufnummer angeben

Datum

Stempel + Unterschrift des Einweisenden