

- St. Vinzenz-Hospital Dinslaken Fax: 0 20 64-44 11 88
- St. Willibrord-Spital Emmerich (Neuro-Geriatrie) Fax: 0 28 22-73 11 58
- St.-Clemens-Hospital Geldern Fax: 0 28 31-3 90 35 03
- St. Irmgardis-Krankenhaus Süchteln Fax: 0 21 62-89 93 59
- Marien-Hospital Wesel Fax: 02 81-1 04 11 58
- Sankt Josef-Hospital Xanten Fax: 0 28 01-71 01 97



Patientendaten/ Aufkleber		<b>Absender Stempel</b>  Station: _____ Telefon: _____ Datum: _____ Arzt: _____	
Kassenpatient <input type="checkbox"/>	Privatpatient <input type="checkbox"/>	Kasse/ Versicherung _____	Privat 1-Bettzimmer <input type="checkbox"/> Privat 2-Bettzimmer <input type="checkbox"/>
		Mit Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>	ohne Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/>

**Status vor Erkrankung:** Selbständig/ Wohnung  Altenheim/ Wohnbereich  Altenheim/ Pflegebereich

**Behandlungsbegründende Hauptdiagnose:**

**Weitere relevante Diagnosen:**

Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte (*bitte als Anlage beifügen*)

OP-Datum: \_\_\_\_\_ Bei Fraktur  voll belastbar  Teilbelastbar ab \_\_\_\_\_ mit \_\_\_\_\_ kg  
 übungstabil  keine Belastung bis \_\_\_\_\_

Erbrechen ja  nein  Weglaufgefahr ja  nein   
 Durchfall ja  nein  Aggressivität ja  nein   
 Infektionen (Noro/MRSA/ Clost.) ja  nein  Bei Ja: Welche \_\_\_\_\_

**Geriatrische Multimorbidität:** (*Zutreffendes bitte ankreuzen*)

- Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit
  - Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung
  - Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz
  - Inkontinenz
  - Decubitus/ Wunden
  - Mangel-/ Fehlernährung
  - Depression/ Angststörung
  - Schmerz
  - Starke Seh-/ Hörbehinderung
  - Multimedikation (mehr als 5)
  - Exsikkose/ Elektrolytentgleisung
  - Verzögerte Rekonvaleszenz
- Sonstiges:**  Nasogastr. Sonde  PEG  DK  SPDK  Tracheostoma

**Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil**

- die **Vitalparameter** nicht durchgehend stabil sind
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Behandlung bedürfen  
(*bitte Erkrankung anführen*) \_\_\_\_\_
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern
- Komplikationen bestehen: (*z. B. Desorientiertheit/ Demenz/ Depression/ wahnhafte Symptomatik/ Weglauftendenz/ Wundkomplikationen/ Sehverlust/ Hörverlust*)

Pflegegrad:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> eingeleitet
Betreuung/ Bevollmächtigter:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja, wer?	
Patientenverfügung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja	MRSA-Abstrich erfolgt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ergebnis: Wunde _____ Nase/ Rachen

Anmeldung für (Datum): \_\_\_\_\_ Rücksprache erwünscht/ möglich unter Tel: \_\_\_\_\_