

| | |
|--|-----------------------|
| Anmeldebogen Neurologische Frührehabilitation Phase B Klinikum Würzburg Mitte gGmbH – Standort Juliusspital Juliuspromenade 19, 97070 Würzburg Fax: 0931/393-2166 E-mail: anmeldung.fruehreha@kwm-klinikum.de | |
| Anmeldende Klinik / Anmeldender Arzt: | |
| Adresse: | |
| Ärztliche Ansprechpartner/Station | |
| Tel.: | |
| Sozialdienst | |
| Tel.: | |
| Fax: | |
| Patientendaten | |
| Name: | Adresse: |
| Vorname: | |
| Geb. Dat. | |
| Angehörige (Name und Tel.-Nr.): | |
| Betreuung liegt vor? | |
| Wenn ja für wen? (Name und Tel.-Nr.) | |
| Ist ein Pflegegrad vorhanden? | JA NEIN |
| Wenn Ja, welcher? | 1 2 3 4 5 |
| Kostenträger | |
| Diagnosen | |
| Hauptdiagnose: | |
| Nebendiagnosen / Vorerkrankungen: | |
| Gewicht / BMI: | |

| | | | |
|--|-------------------|-----------|------------------|
| Epikrise und neurologischer Befund: | | | |
| | | | |
| Psychische Situation/Vigilanz: | | | |
| | | | |
| Beatmung | | | |
| Beatmung: | JA | NEIN | |
| Trachealkanüle: | chirurgisch | dilatativ | |
| | Datum der Anlage: | | |
| Patient Monitorpflichtig? | JA | NEIN | |
| Dialyse | | | |
| Pat. dialysepflichtig | JA | NEIN | |
| Immunadsorption notwendig | JA | NEIN | |
| Infektsituation | | | |
| Aktuell bestehende Antibiotische Therapie: | | | |
| Isolationspflicht | JA | NEIN | |
| MRSA | JA | NEIN | NICHT UNTERSUCHT |
| VRE | JA | NEIN | NICHT UNTERSUCHT |
| 3MRGN | JA | NEIN | NICHT UNTERSUCHT |
| 4MRGN | JA | NEIN | NICHT UNTERSUCHT |
| Influenza | JA | NEIN | NICHT UNTERSUCHT |
| Sonstiges | | | |
| Dekubitus | JA | NEIN | |
| Spezielles Wundmanagement erforderlich? | JA | NEIN | |
| Frakturen / Beübungsstabilität | | | |
| operative Versorgung erfolgt? | JA | NEIN | |
| Im Verlauf notwendig? | JA | NEIN | |
| Belastbarkeit/Übungsstabilität bitte angeben | JA | NEIN | |
| Besondere Medikation: | | | |
| | | | |
| Welches Rehaziel soll erreicht werden? | | | |
| | | | |