

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Immobilität/ Frailty/ Gebrechlichkeit | <input type="checkbox"/> Rezidiv. Stürze/ Schwindel/ Gangstörung |
| <input type="checkbox"/> Kognitive Defizite/ Delir/ Demenz | <input type="checkbox"/> Inkontinenz |
| <input type="checkbox"/> Decubitus/ Wunden | <input type="checkbox"/> Mangel-/ Fehlernährung |
| <input type="checkbox"/> Depression/ Angststörung | <input type="checkbox"/> Schmerz |
| <input type="checkbox"/> Starke Seh-/ Hörbehinderung | <input type="checkbox"/> Multimedikation (mehr als 5) |
| <input type="checkbox"/> Exsikkose/ Elektrolytentgleisung | <input type="checkbox"/> 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	
COVID-19-Test erfolgt am: _____	MRSA-Abstrich erfolgt <input type="checkbox"/> nicht erfolgt <input type="checkbox"/> Ergebnis: Wunde _____ Nase/ Rachen

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