

## Antrag auf eine stationäre frührehabilitative geriatrische Komplexbehandlung

Klinik für Frührehabilitation und Geriatrie, Chefarzt: Dr. med. Stephan Kaminsky

Sekretariat: Marion Zoberbier, ☎ 04321 405-7021

**Bitte per Fax an: 04321 405-7029**

<b>Patient:</b>	Name, Vorname	Geb.dat.
<b>Anschrift:</b>	Straße / Hausnr.	Plz. / Ort
<b>Krankenkasse:</b>		
<b>Wahlleistung:</b>	<input type="checkbox"/> Chefarztbehandlung <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Keine Wahlleistungen	
<b>Diagnosen:</b>		
<b>SARS-COVID-19</b>	Vollständige Impfung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              Genesen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Bei Frakturen:</b>	<input type="checkbox"/> Vollbelastung <input type="checkbox"/> Teilbelastung mit      kg für      Wochen	
<b>Zielsetzung der geriatr. Frühreha:</b>		
<b>Pflegegrad:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<b>Soziale Situation prästationär:</b>	<input type="checkbox"/> wohnt allein <input type="checkbox"/> mit Angehörigen <input type="checkbox"/> im Seniorenheim	
<b>Alltagsrelevante Fähigkeiten prästationär:</b>	<input type="checkbox"/> selbstständig mobil <input type="checkbox"/> mit Hilfe mobil <input type="checkbox"/> alltagsselbstständig <input type="checkbox"/> ...	
<b>Orientierung aktuell:</b>	<input type="checkbox"/> voll orientiert <input type="checkbox"/> teilorientiert <input type="checkbox"/> desorientiert	
	Bekannte Demenz: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Aggressivität: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein              Hinlauftendenzen: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>Multiresistente Erreger:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja → Spezies:	
<b>Adipositas per magna:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> über 150 kg / Schwerlastbett	
<b>Dialyse:</b>	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Mo., Mi., Frei. <input type="checkbox"/> Di., Do. Sa.	
<b>Barthel-Index (s. ggf. Seite 2):</b>	... Punkte	
<b>Einweiser / Ansprechpartner:</b>	Hausarzt/Klinik mit <b>Stationsangabe, Telefon u. Telefax !</b>	Sozialdienst externe Klinik, <b>Telefon u. Telefax !</b>

<b>Barthel-Index:</b>	selbständig	leichte Unterstützung	erhebliche Hilfe	nicht selbständig
1. Essen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
2. Auf-/Umsetzen	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
3. Waschen (Oberkörper)	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
4. Toilettengang	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
5. Baden	5 <input type="checkbox"/>		0 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
6. Gehen/Rollstuhlfahren	15 <input type="checkbox"/>	10 <input type="checkbox"/>	5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
7. Treppensteigen	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
8. An-/Auskleiden	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
9. Stuhlkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
10. Urinkontrolle	10 <input type="checkbox"/>		5 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/> <b>(Punkte)</b>
<b>Gesamtpunktzahl:</b>	<b>/ 100 Punkten</b>			