

Klinik für Neurologie und klinische Neurophysiologie
Klinikum Vest – Behandlungszentrum Paracelsus-Klinik Marl

Sekretariat: Telefon: 02361 563701 Telefax: 02361 563799

email: neurologie@klinikum-vest.de

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation

Fax-Nr.:

Datum:

Patient	Name:	Vorname:	
	Geb.Datum:	Versicherung:	
Anmeldende Klinik		Station:	Tel:
Ärztlicher Ansprechpartner		Telefon:	
Neurologische Reha-Diagnose		Erkrankungsbeginn:	
Relevante Nebendiagnosen			
Neurologischer Befund			
	Schluckstörung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ernährung:	<input type="checkbox"/> Oral
	Verständigungsstörung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Magensonde (nasal)
	Orientierungsstörung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Atmung:	<input type="checkbox"/> PEG
	Trachealkanüle: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> ZVK
Keimbesiedlung	MRSA: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wo?	
	3/4 MRGN: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wo?	
	VRE: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wo?	
Betreuung	nicht erforderlich <input type="checkbox"/>	Betreuer:	
	erforderlich, eingeleitet <input type="checkbox"/>		
	erforderlich, nicht eingeleitet <input type="checkbox"/>		
	besteht schon <input type="checkbox"/>		
FR-Barthelindex	Punkte:	Verlegung möglich ab:	
Persönl. Kontakt erfolgt	am:	durch:	
Planung:			