

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 <input type="checkbox"/> Magensonde (nasal) <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> ZVK
	Verständigungsstörung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
	Orientierungsstörung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Atmung: <input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> kontinuierlich maschinell <input type="checkbox"/> intermittierend masch.
	Trachealkanüle: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
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"/> erforderlich, eingeleitet <input type="checkbox"/> erforderlich, nicht eingeleitet <input type="checkbox"/> besteht schon <input type="checkbox"/>	Betreuer:
FR-Barthelindex	Punkte:	Verlegung möglich ab:
Persönl. Kontakt erfolgt	am:	durch:
Planung:		