

**Klinik für Neurologie, Stroke Unit und Frührehabilitation
Klinikum Vest – Behandlungszentrum Paracelsus-Klinik Marl**

Telefon: 02361 563730 Telefax: 02361 563799
email: neurologie@klinikum-vest.de

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation

Fax-Nr.:

Datum:

Patient	Name:	Vorname:	w <input type="checkbox"/> / m <input type="checkbox"/>
	Geb.Datum:	Versicherung:	
Anmeldende Klinik		Station:	Tel:
Ärztlicher Ansprechpartner		Telefon:	
	Email:		
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?	
Vorbestehender Pflegegrad	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	wenn ja, welcher?	
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:	

→ Wir bitten um Ihre telefonische Absage, wenn Patient in eine andere Klinik verlegt wird ←