St. Mauritius Therapieklinik, Meerbusch
Strümper Str.111, 40670 Meerbusch-Osterrath, Tel.: 02159/679-0

Datum:.....

Anfrage zur Patientenaufnahme

- **Neuropädiatrie** • **Neurologie** • **Geriatrie**

Reha-Phase: B C D **Angestrebter Aufnahmetermin:.....200.....**

Angaben zum Patient:

Name:.....Vorname.....geb.:..... m w

Anschrift:.....Tel.....

Kostenträger::.....

Behandelnde Klinik/Arzt:.....Tel.: .....

Pflegestufe nein ja 1 2 3

Aufnahmediagnose:.....ICD10.....

angeboren erworben seit.....

Verantwortliche Angehörige/Betreuer.....
Heimunterbringung nein ist erfolgt soll erfolgen

Aktueller Status: Barthel-Index..... FIM.....
(nur ausfüllen, wenn bekannt)

Hilfsmittel:.....

Vollständig immobil	ja	nein				
Epilepsie	ja	nein	Essen/Trinken	ja	nein	mit Hilfe
Hydrocephalus (Ventil)	ja	nein	Körperpflege	ja	nein	mit Hilfe
Langzeitbeatmung	ja	nein	Waschen/Baden	ja	nein	mit Hilfe
Akut-Beatmung	ja	nein	Duschen	ja	nein	mit Hilfe
Tracheostoma	ja	nein	Blasenkontrolle	ja	nein	mit Hilfe
PEG	ja	nein	Darmkontrolle	ja	nein	mit Hilfe
Blasenkatheter	ja	nein	Rollstuhlbenutzung	ja	nein	mit Hilfe
Dekubitus/Wundheilung	ja	nein	Ankleiden oben	ja	nein	mit Hilfe
Schluckstörung	ja	nein	Ankleiden unten	ja	nein	mit Hilfe
Sprach/Sprechstörung	ja	nein	Transfer Bett/Stuhl	ja	nein	mit Hilfe
Verhaltensstörung	ja	nein	Gehen	ja	nein	mit Hilfe
Orientierungsstörung	ja	nein	Treppensteigen	ja	nein	mit Hilfe
Demenz	ja	nein				

Rehaziel:.....

Ist die Aufnahme eines Elternteiles/Angehöriger erwünscht? ja nein

Anfordernder Arzt:_____Datum_____
(Unterschrift)

Bitte ausgefülltes Formular faxen an: St. Mauritius Therapieklinik, **02159/679-4000**

Kostenzusage liegt vor: • ja • nein Aufnahme am:..... Station.....