

Klinik für Neurologie, Rehabilitation und neurologische Komplexbehandlung
Chefarzt: Prof. Dr. M. Linnebank

Fax-Nr.: 02043-278-15596

Telefon Nr.: 02043 -278-15537 Frau Rieck

e-mail: Neurohotline@KKE.de

Datum:

Patient	Name:	Vorname:		
	Geb.Datum:	Versicherung:		
Anmeldende Klinik (Stempel)			1-Bett <input type="checkbox"/> 2-Bett <input type="checkbox"/> mit Wahlarzt <input type="checkbox"/>	
			Station:	
		Telefon:		
Ärztlicher Ansprechpartner				
Neurol. Reha-Diagnose			Erkrankungsbeginn:	
Rehafähigkeit:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Rehapotenzial:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Reha-Ziel:				
Frühreha-Index	Schluckstörung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Ernährung:	
	Verständigungsstörung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Oral
	Verhaltensstörung	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Anus Präter
	Orientierungsstörung:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> DK/ SPDK?	
	Trachealkanüle:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Magensonde (nasal)	
			<input type="checkbox"/> PEG, Dauer: ___ Tage	
			<input type="checkbox"/> ZVK, Dauer: ___ Tage	
		Atmung:	<input type="checkbox"/> spontan	
			<input type="checkbox"/> kontinuierlich maschinell	
			<input type="checkbox"/> intermittierend masch.	
Infektiosität	MRSA	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wo?	
	COVID-19	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Seit Wann?	
	MRGN ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> , falls ja:		Wo?	
	4 MRGN <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/>			
- Isolation	VRE:	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Wo?	
Betreuung	nicht erforderlich	<input type="checkbox"/>	Betreuer:	
	erforderlich, eingeleitet	<input type="checkbox"/>	Pflegegrad:	
	erforderlich, nicht eingeleitet	<input type="checkbox"/>	Pflegeheim:	
	besteht schon	<input type="checkbox"/>	Dekubitusgrad/ Wunden:	
Amtsgericht:			Gewicht: Körpergröße:	
Aktueller FR-Barthelindex	Punkte:	Verlegung möglich ab:		
Persönl. Kontakt erfolgt	am:	durch:		