****



**Anmeldebogen zur geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung am Ortenau Klinikum Offenburg, Betriebsstelle St. Josefsklinik**

Ärztl. Leitung Dr. Mann 0781/472-4200

Fax an 0781/472-4202

Patient/in (Aufkleber) Barthel vom \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_/100

GKV O WL 1 O WL 2 O

Aktuelle Diagnose(n):

Wesentliche Begleiterkrankungen:

Angehörige/r, Vorsorgebevollmächtigte/r bzw. Gesetzliche/r Betreuer/in

Name/Adresse/Telefonnummer

Pflegegrad vorhanden? PG1 O PG2 O PG3 O PG4 O PG5 O Nein O Beantragt O

Besteht eine ausreichende körperliche Belastbarkeit und Mitarbeit? Ja O Nein O

Sauerstoffpflichtig Ja O Nein O Dialysepflichtig Ja O Nein O

Schluckstörung Ja O Nein O PEG-Sonde Ja O Nein O

Nächtl. Heimbeatmung Ja O Nein O Tracheostoma Ja O Nein O

Hinlauftendenz Ja O Nein O Delir/Fixierung Ja O Nein O

Dekubitus/Wunden Ja O Nein O Drainage(n) entfernt Ja O Nein O

Wunde trocken Ja O Nein O

Multiresistente Keime Ja O Wenn ja, welche? Wo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nein O

Covid-Abstrich (PCR) negativ? Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nicht älter als 48h)

Anmeldendes Krankenhaus/Station:

Rückrufnummer:

Datum Stempel + Unterschrift einweisende/r Arzt/Ärztin