

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

An die
Kliniken Schmieder
(Stiftung & Co.) KG
Belegungsabteilung
Postfach 2 40

Anmeldende Stelle bzw. Krankenhaus
(mit Tel.-Nr.)

78473 Allensbach

ANMELDUNG ZUR GERIATRISCHEN REHABILITATION

Patientendaten

Name, Vorname _____

Geb.datum _____

Straße _____

PLZ, Ort _____

Tel.-Nr. _____

Krankenkasse:

Kostenübernahme für Reha-Maßnahme

liegt vor

ist beantragt

Frühere Reha-Maßnahme (wo/wann):

Geklärte weitere Versorgung:

nein

ja

Anmeldung im Pflegeheim/Altenheim:

nein

ja, ggf. wo?

Kontaktadresse (mit Tel.-Nr.):

Anmeldende/r Arzt/Ärztin (mit Tel.-Nr.):

Hausarzt/-ärztin (mit Tel.-Nr.):

Diagnosen mit Datum der Akuterkrankung (einschl. wichtige Begleiterkrankungen resp. OP):

Notizen zum Verlauf (ggf. auf Zusatzblatt):

Komplikationen

nein

Wundheilungsstörungen

Kontraktur

Schluckstörungen

nein

PEG

andere Sonde

Blasenkatheter

nein

transurethral

suprapubisch

Neuropsychologische Störungen, z.B.

Aphasie

Dysarthrie

Neglect

Pusher

Vorhandene Hilfsmittel

Rollstuhl

Gehwagen

Hörgerät

Gliedmaßen-
prothese

Gehstock

Sonstige

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

Essen	0 Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck		
	0 Braucht Hilfe, z. B. beim Schneider		
	0 Total hilfsbedürftig		
Baden	0 Badet oder duscht ohne Hilfe		
	0 Badet oder duscht mit Hilfe		
Waschen	0 Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne		
	0 Braucht Hilfe		
Ankleiden	0 Unabhängig, incl. Schuhe		
	0 Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an		
	0 Total hilfsbedürftig		
Stuhlkontrolle	0 Kontinent		
	0 teilweise inkontinent		
	0 Inkontinent		
Urinkontrolle	0 Kontinent		
	0 teilweise inkontinent		
	0 Inkontinent		
Toilette	0 Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls		
	0 Braucht Hilfe für z. B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toil.papier		
	0 Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl		
Bett-/Stuhl-Transfer	0 Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)		
	0 Minimale Assistenz oder Supervision		
	0 Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe		
	0 Bettlägerig		
Bewegung	0 Unabhängig Gehen (auch mit Gehhilfe) für mind. 50 m		
	0 Mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung		
	0 Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mind. 50 m		
	0 Kann sich nicht (mind. 50 m) fortbewegen		
Treppensteigen	0 Unabhängig (auch mit Gehhilfe)		
	0 Braucht Hilfe oder Supervision		
	0 Kann nicht treppensteigen		
Orientiertheit zu Ort u. Situation	0 vollständig gegeben	0 tagelang leicht gestört	
	0 zeitweise gestört	0 tagelang wesentlich gestört	
Verhalten	0 ruhig		0 unruhig
Mitwirkung bei Therapie u. Pflege	0 entwickelt Eigeninitiative		0 passiv
	0 aktiv		0 unwillig
Sehen	0 unbeeinträchtigt	0 beeinträchtigt	0 stark beeinträchtigt
Gehör	0 unbeeinträchtigt	0 beeinträchtigt	0 stark beeinträchtigt
cardio-pulmonale Belastbarkeit	0 keine Einschr.	0 leichte Einschr.	0 wesentl. Einschr.
Belastbarkeit der Fraktur (in kg)	Körpergröße:		Körpergewicht:

Ort und Datum

Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

An die
Kliniken Schmieder
(Stiftung & Co.) KG
Belegungsabteilung
Postfach 2 40

Anmeldende Stelle bzw. Krankenhaus
(mit Tel.-Nr.)

78473 Allensbach

ZUSATZFRAGEBOGEN ZUR GERIATRISCHEN REHABILITATION (operativ versorgte Frakturen und Gelenkschäden)

Patientendaten

Name, Vorname _____
Geb.datum _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Tel.-Nr. _____

Fraktur	kompliziert	0 nein	0 ja
	unkompliziert	0 nein	0 ja

Besondere Schwierigkeiten vor oder während der primären Frakturbehandlung

(z. B. Schwierigkeiten in der Osteosynthesfestigkeit, lokale Infekte, thromboembolische Komplikationen):

Endoprothese 0 zementiert 0 unzementiert

Besondere Probleme bei der Endoprothesenimplantation

(z. B. Lagerschaftsprengung, toxische Reaktion am Knochenzement, Frühinfekt oder Wundheilungsstörungen):

Gestuffer Plan zur weiteren Belastung:

Empfehlung für weitere Röntgen-Kontrollen:

Weitere Bemerkungen:

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Patientendaten

Name, Vorname _____
Geb.datum _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Tel.-Nr. _____

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass die in dem Formular „Anmeldung zur geriatrischen Rehabilitation“ erfassten Daten zum Zweck der Prüfung meiner Rehabilitationsmöglichkeiten an folgende geriatrische Rehabilitationskliniken weitergeleitet werden:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.

Datum

Unterschrift

Patient/in ist derzeit aufgrund seines/ihres Krankheitszustandes nicht in der Lage, eine entsprechende Einwilligung schriftlich zu erteilen. Er/sie hat jedoch auf andere Weise zum Ausdruck gebracht, dass er/sie mit der Übermittlung der Daten einverstanden ist.

Datum

Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin