

Patient: _____

Name: _____

Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Anschrift: _____

Angehörige/Betreuer/Bevollmächtigter mit Tel-Nr: _____

Hauptdiagnose: _____

Operation: _____

Belastung: voll teilbelastbar mit _____ kg bis _____ keine

Relevante Nebendiagnosen: _____

Motivation für 15 tägige stationäre Therapie: Ja Nein

Anämie ja nein ; TIA ja nein ; Tumorerkrankung ja nein ;

Dialyse ja nein

Barthel Index: _____ Punkte Pflegegrad: Keine 1 2 3 4 5 beantragt

Kognition: Demenz ja nein Delir ja nein , Orientierung ja nein

Mobilität: gehfähig mit Hilfsmittel mit Rollstuhl mit Fremdhilfe bettlägerig

Kann Patient therapeutische und pflegerische Anordnungen umsetzen?: Ja Nein

Keine Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik nach §40 SGBV, weil

- verzögerte Rekonvaleszenz oder komplikationsreicher Verlauf mit anhaltender Einschränkung der Mobilität, Belastbarkeit oder Schmerzen, Wundheilungsstörungen
- Kreislaufstabilität oder Notwendigkeit der Anpassung der Therapie, bestehende Begleiterkrankungen, die weiterer medizinischer Behandlung/Abklärung bedürfen
- Starke Seh-/Hörbehinderung
- Kognitive Einschränkung

Einweiser: _____

Stempel

Klinik/Station/Hausarzt: _____

Stationär seit: _____

Praxis: _____

Tel. für Rückruf: _____

Datum Arzt: _____