

**Bitte am PC ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben und per Fax an:**

LVR-Klinik Bonn, Abteilung Neurologie, Case Management

**➡ Fax 0221 8284-3869**

(Rückfragen telefonisch unter 0228 551-2424)

**Anmeldung – Neurologische Akut-Frührehabilitation der Phase B**

Absender / Anmeldende Klinik		Patientin / Patient
Klinik		<i>Etikett</i>
Fachrichtung		
Station		
Behandelnde/r Ärztin / Arzt		
Fax		
Mail		

<b>Neurologische Diagnose:</b>	
<b>Nebendiagnosen:</b>	
1.	2.
3.	4.
5.	6.

Monitoring	ja	nein						
Trachealkanüle	ja	nein	wenn ja	chirurgisch	dilatativ			
Ernährung	oral		MS	PEG/PEJ	parenteral			
Dekubitus	ja	nein	Wunden		ja	nein		
Dialyse	ja	nein	(wenn ja, bitte Dokumentation mitsenden!)					
MRSA	ja	nein	MRGN 3/4	ja	nein			
Pflegegrad	nicht vorh.	0	1	2	3	4	5	Antrag gestellt

<b>Klinischer Befund mit Funktionseinschränkungen</b>	
Krankheitsbeginn u. -verlauf (Komplikationen o. vorläufiger Arztbrief, aktuelle Medikation)	

<b>Behandlungsziele</b>	
motorisch/sensibel	
kognitiv	
Sprache und Sprechen	
Teilhabe/ADL	

<b>Patientin / Patient</b>	<i>Um Verwechslungen zu vermeiden bitte hier ein zusätzliches Etikett aufkleben</i>
----------------------------	---

<b>Weitere Informationen</b>			
Größe			
Gewicht			
Gesetzliche Betreuung	vorliegend	veranlasst	erforderlich
Vollmachtinhaber/in			
Krankenversicherung			
Versicherungsnummer			
Hausärztin/Hausarzt			
Angehörige			

<b>Weitere Anmerkungen/Fragen/Informationen</b>

Ort, Datum

Unterschrift