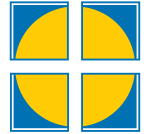


St. Nikolaus Hospital
Fachklinik für Geriatrie
Hospitalstraße 5
D-66798 Wallerfangen

Telefon: 06831-962-0
Fax: 06831 962-465

www.sankt-nikolaus-hospital.de
info@sankt-nikolaus-hospital.de



*St. Nikolaus Hospital
Wallerfangen*

Ärztlicher Antrag auf eine stationäre / teilstationäre GERIATRISCHE Rehabilitationsmaßnahme

Patientendaten:

Name:	Vorname:
Geb.-Datum:	Geschlecht: <input type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> männlich
Straße, Nr.:	
PLZ, Ort:	

Für o. g. Patienten/in ist eine stationäre/ teilstationäre stationäre geriatrische Rehabilitationsmaßnahme erforderlich.

Der Patient / Die Patientin befindet sich seit dem in stationärer Krankenhausbehandlung,

die Verlegung in die geriatrische Rehaabiltaitaionseinrichtung könnte ab dem erfolgen.

Empfohlene / Gewünschte Reha-Klinik:

St. Nikolaus Hospital Wallerfangen

Hauptdiagnose:

Für die Rehabilitation relevante Nebendiagnosen:



St. Nikolaus Hospital
Wallerfangen

Wichtige Befunde, Therapiemaßnahmen (OP mit Datum), Verlauf und Besonderheiten:

Bei Frakturen, Endoprothesen bzw. Osteosynthesen: Grad der Belastbarkeit aktuell und zum voraussichtlich geplanten Rehabilitationsbeginn:

Welches Rehabilitationsziel ist aus Ihrer sicht mit der beantragten Maßnahme zu erreichen:

- | | |
|-----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Mobilität | <input type="checkbox"/> Rückkehr ins häusliche Umfeld |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbstständigkeit im Alltag (ATL) | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

**Die nachfolgenden Fragen können auch von Klinikpersonal und / oder dem Pflegepersonal beantwortet werden:
Fähigkeitsstörungen und Funktionseinbußen (ATL):**

Essen:

- selbstständig
- mit Hilfe
- Patient/in wird gefüttert
- PEG / Magensonde
- Schluckstörung

Ankleiden:

- selbstständig
- mit Hilfe, Anleitung
- Übernahme durch Pflege

Mobilität:

- selbstständig
- Gehen mit Hilfsmittel
- Gehen mit Hilfsperson
- Rollstuhl (aktiv/passiv)
- keine Mobilität

Körperpflege:

- selbstständig
- mit Hilfe, Anleitung
- Übernahme durch Pflege

Toilette:

- selbstständig
- mit Hilfe / Toilettenstuhl
o. ä.
- Inkontinenz: Stuhl / Urin
- BlasenkatheterStoma

Verwirrtheit:

- keine
- gering, zeitweise
- ausgeprägt

Sonstige körperliche oder geistige Fähigkeitsstörungen / Besonderheiten (z. B. Sprachstörung)



St. Nikolaus Hospital
Wallerfangen

Bisherige Hilfen im häuslichen Umfeld vor der Aufnahme ins Akutkrankenhaus (Mehrfachantworten möglich):

- | | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Keine | <input type="checkbox"/> Pflege durch Angehörige | <input type="checkbox"/> Pflege durch ambulante Dienste |
| <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe | <input type="checkbox"/> Essen auf Rädern | <input type="checkbox"/> Sonstiges: |

Bereits vorhandene Hilfsmittel:

Vor Einweisung ins Akutkrankenhaus lebte die Patientin / der Patient (Mehrfachantworten möglich):

- | | | |
|-------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> alleine | <input type="checkbox"/> in einem Alten-/ Pflegeheim | <input type="checkbox"/> mit anderen Personen zusammen |
| <input type="checkbox"/> mit Kind(ern) zusammen | <input type="checkbox"/> mit einem (Ehe-) Partner zusammen | |

War die Patientin / der Patient bereits vor Einweisung ins Akutkrankenhaus als pflegebedürftig nach dem Pflegeversicherungsgesetz (SGB XI) anerkannt?

- nein
 ja, Pflegestufe

Datum, Unterschrift des antragsstellenden Arztes

Telefonisch erreichbar unter: