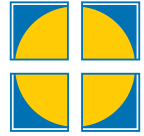


St. Nikolaus Hospital  
Fachklinik für Geriatrie  
Hospitalstraße 5  
D-66798 Wallerfangen

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 Rehabilitationseinrichtung 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: