



Schlossklinik Bad Buchau - Schlossplatz 2 - 88422 Bad Buchau

Anmeldung zur neurologischen Rehabilitation Phase C

(Bitte zusätzlich aktuellen Barthel Index mitschicken)

Patientendaten

Name _____

Vorname _____

Geb. Datum _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Tel.Nr. _____

Kostenträger

Name _____

Ort _____

Selbstzahler ja nein

Sonstiges _____

Rehabilitationsdiagnose:

Klinische Diagnosen:

Weitere Diagnosen:

Funktionsstörungen und Hilfsmittel

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Hemiparese | <input type="checkbox"/> Tetraparese |
| <input type="checkbox"/> Schluckstörung | <input type="checkbox"/> Aphasie / Komm.störung |
| <input type="checkbox"/> Neglect | <input type="checkbox"/> Sehstörungen |
| <input type="checkbox"/> Desorientiertheit | <input type="checkbox"/> Agitiert / unruhig |
| <input type="checkbox"/> Weglauftendenz | |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhl | <input type="checkbox"/> Rollator |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> Nasogastrale Sonde |
| <input type="checkbox"/> BDK/Puffi | <input type="checkbox"/> Trachealkanüle (Ausschlusskriterium) |
| <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Stoma _____ |

Infektionsstatus

- MRSA** pos neg kein Screening
ESBL pos neg
Noro pos
Clostridien pos

Sonstige Besonderheiten _____

Kontaktdaten Einweisender (Arzt/Klinik/Sozialdienst)

Name _____

Verlegung möglich ab _____

Strasse _____

PLZ, Ort _____

Datum _____

Tel.Nr. _____

Unterschrift _____

Anmeldung und Barthel-Index faxen an: 07582 / 807-509

Für telefonischen Rückfragen: CA-Sekretariat Frau Bauer, Tel. 07582 / 807-507