

DRK KLINIK METTLACH
FÜR GERIATRIE UND REHABILITATION

mit begleitenden Einrichtungen
 Chefarzt MD (syr.) H. Mahamid

Saaruferstraße 10 · 66693 Mettlach
 Tel.: 0 68 64/88-0 · Telefax: 0 68 64/20 06

Anmeldung (Voraussetzung zur Vergabe eines Aufnahmetermins!)

- Rehabilitationsabteilung Tagesklinik Krankenkasse (Kostenträger): _____
 Pflegeheim Wohnheim _____

Gewünschter Aufnahmetermin: _____

Wahlleistung: 1-BZ 2-BZ Chefarztwahl

Ist die Kostenübernahme bei der o.g. Krankenkasse beantragt worden? ja nein

Versicherte bei der Knappschaft, bitte ein AHB-Antrag in Bochum stellen.

Versicherte bei der Bundesbahn, bitte ein AHB-Antrag in Frankfurt stellen.

Ärztliches Zeugnis und Angaben über Pflege- und Hilfsbedürftigkeit (Bitte Vorder- u. Rückseite mit Schreibmaschine ausführlich ausfüllen)																																																																				
Name:	Vorname:	Geburtsdatum:																																																																		
Wohnadresse:	Gegenwärtig untergebracht:																																																																			
Hauptdiagnosen:																																																																				
(Vom Arzt auszufüllen)	(Von der verantwortl. Pflegeperson auszufüllen)																																																																			
Weitere Diagnosen und Symptome: Psychoorgan. Syndrom <input type="checkbox"/> Depression <input type="checkbox"/> Paranoid <input type="checkbox"/> Hemiplegie <input type="checkbox"/> Paraplegie <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Blindheit/hochgradige Sehschwäche <input type="checkbox"/> Taubheit/hochgradige Schwerhörigkeit <input type="checkbox"/> Polyarthrit/arthrose <input type="checkbox"/> St. n. Beinamput. einseitig/doppelseitig <input type="checkbox"/> Gangrän <input type="checkbox"/> Dekubitus <input type="checkbox"/> (Ausmaß auf der Rückseite beschreiben) Diabetes leicht/insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Synkopen/Stürze <input type="checkbox"/> Gipsverband <input type="checkbox"/> Nahrungsaufnahme: Oral <input type="checkbox"/> N-Sonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> Kommunikation: Normal <input type="checkbox"/> bedingt möglich <input type="checkbox"/> nicht möglich <input type="checkbox"/>	<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 70%;"></th> <th style="width: 15%; text-align: center;">vollständig hilfs- bedürftig</th> <th style="width: 15%; text-align: center;">teilweise hilfs- bedürftig</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Fortbewegen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Treppensteigen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>An-/Auskleiden</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Baden/Waschen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Essen/Trinken</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Verrichten der Notdurft</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Absitzen/Aufstehen</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Lagern zur Nachtruhe</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kontakt mit der Umwelt</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bettlägerig</td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Urininkontinenz</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Stuhlinkontinenz</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Desorientiertheit zeitl./örtl.</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Unruhe tagsüber/nachts</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Dauerkatheter</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Anus praeter</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Rollstuhl</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Andere Hilfsmittel?</td><td></td><td></td></tr> <tr><td> welche _____</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Diät</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Medikamentenverabreichung</td><td></td><td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td></tr> </tbody> </table>			vollständig hilfs- bedürftig	teilweise hilfs- bedürftig	Fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Baden/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Absitzen/Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontakt mit der Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Urininkontinenz		<input type="checkbox"/>	Stuhlinkontinenz		<input type="checkbox"/>	Desorientiertheit zeitl./örtl.		<input type="checkbox"/>	Unruhe tagsüber/nachts		<input type="checkbox"/>	Dauerkatheter		<input type="checkbox"/>	Anus praeter		<input type="checkbox"/>	Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	Andere Hilfsmittel?			welche _____			Diät		<input type="checkbox"/>	Medikamentenverabreichung		<input type="checkbox"/>
	vollständig hilfs- bedürftig	teilweise hilfs- bedürftig																																																																		
Fortbewegen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Baden/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Verrichten der Notdurft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Absitzen/Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Kontakt mit der Umwelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																																																																		
Urininkontinenz		<input type="checkbox"/>																																																																		
Stuhlinkontinenz		<input type="checkbox"/>																																																																		
Desorientiertheit zeitl./örtl.		<input type="checkbox"/>																																																																		
Unruhe tagsüber/nachts		<input type="checkbox"/>																																																																		
Dauerkatheter		<input type="checkbox"/>																																																																		
Anus praeter		<input type="checkbox"/>																																																																		
Rollstuhl		<input type="checkbox"/>																																																																		
Andere Hilfsmittel?																																																																				
welche _____																																																																				
Diät		<input type="checkbox"/>																																																																		
Medikamentenverabreichung		<input type="checkbox"/>																																																																		
Welche Hilfen werden zur Zeit gewährt:		welche:																																																																		
Hauspflege <input type="checkbox"/> Gemeindepflege <input type="checkbox"/> Haushaltshilfe <input type="checkbox"/> andere <input type="checkbox"/> _____		_____																																																																		

Datum: _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: _____

Unterschrift der verantwortlichen Pflegeperson _____

(Angaben nicht älter als 1 Monat)

bitte Zutreffendes ankreuzen bzw. unterstreichen

Krankheitsbeginn und -verlauf:

Aktuelle Untersuchungsbefunde:

Ausführliche Diagnose für die Rehabilitationsbehandlung:

Wesentliche Begleitkrankheiten (bei Malignomen TNM-Klassifizierung u. Befund in Kopie beifügen):

Rehabilitationsziel und ihre Abschätzung für das vorhandene Rehabilitationspotential:

Derzeitige Therapie:

Datum _____

Stempel und Unterschrift des Arztes: