



**Anmeldung, aktuellen Medikamentenplan und ggf. Status zum  
Entlassmanagement faxen an: 06206 - 509239**

Übernahme gewünscht ab: \_\_\_\_\_  vollstationär  teilstationär / Tagesklinik

**Patientendaten, ggf. Etikett**

Name: \_\_\_\_\_  
Geburtsdatum: \_\_\_\_\_  
Anschrift: \_\_\_\_\_  
Private Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Behandlungsdaten**

In Behandlung seit: \_\_\_\_\_  
Hausarzt: \_\_\_\_\_  
 Gesetzlicher Betreuer  Angehöriger  
Name \_\_\_\_\_  
Telefonnummer: \_\_\_\_\_

**Versicherungsdaten**

Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Wahlleistung: \_\_\_\_\_  
Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_  Einzelzimmer  Zweibettzimmer

**Diagnosen:**

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

**Weitere Diagnosen und internistischer Behandlungsbedarf:**

- Dekubitus / Wunden: \_\_\_\_\_
- Sauerstoffpflichtigkeit: \_\_\_\_\_ l/min SPO2 unter Raumluft: \_\_\_\_\_  Tracheostoma
- MRE – Status: \_\_\_\_\_  Isolation: \_\_\_\_\_
- Frakturbelastbarkeit: Entlastung / Teilbelastung bis: \_\_\_\_\_ kg
- Dialysepflichtigkeit
- sonstige Ableitungen (z.B. PEG, SPF): \_\_\_\_\_
- Sonstige Anmerkungen: \_\_\_\_\_

**Erhebung der Rehabilitationsindikation:**

<b>Barthel-Index</b> bitte markieren	<b>Selbstständig</b>	<b>Wenig Hilfe</b>	<b>Viel Hilfe</b>	<b>Unmöglich</b>		<b>kontinent</b>	<b>teilweise</b>	<b>inkontin.</b>
Essen/vorbereiten	10	5		0	Stuhlgang	10	≤ 1x/Wo: 5	0
Toilettenbenutzung	10	5		0	Urin	10	< 1x/Tg: 5	0
Kleiderwechsel	10	5		0		<b>Selbstständig</b>	<b>Hilfsbedürftig</b>	<b>Barthel-Summe</b>
Transfer Bett-Stuhl	15	10	5	0	Tageswäsche	5	0	
Aufstehen/Gehen	15	10	5	0	Duschen/Bad	5	0	
Treppensteigen	10	5		0				

- Verhalten:  kooperativ  unruhig / delirant  passiv / ablehnend
- Bisherige Mobilität:  frei  mit Hilfsmitteln draußen  in der Wohnung  bettlägerig
- Patient ist in einem Pflegeheim / einer Kurzzeitpflege untergebracht

**COVID-19 Status:**

**(Vorlage eines PCR-Befundes nicht älter als 48h ist obligat bei Verlegung aus Krankenhäusern)**

- Patient ist  akut an COVID-19 erkrankt  klinisch genesen \* (bis zum: \_\_\_\_\_) \*
- aktuell positiv getestet  quarantänisiert  ungesichert infektiösverdächtig
- Patient ist  ungeimpft  1x geimpft \*  2x oder öfter geimpft \* (Impfung am: \_\_\_\_\_) \*
- Impfstatus unbekannt \* Angaben geprüft durch: \_\_\_\_\_

**Angaben zum Anmelder:**

Station / Arzt (Name/ Telefon): \_\_\_\_\_ Stempel / einweisendes Krankenhaus: \_\_\_\_\_