



Clemenshospital GmbH, Duesbergweg 124, 48153 Münster
Neurochirurgische Klinik (Chefärztin Prof. Dr. med. U. Schick)
Department für neurochirurgisch-neurotraumatologische Frührehabilitation
(Departmentleiter: Ltd. OA Dr. med. B. Hoffmann)

Tel.:0251/976-5211

Fax:0251/976-5212

Anmeldeformular für Frührehabilitation

Name des Patienten:..... Geb.:.....

Krankenkasse:.....

Anmeldende Klinik:.....

Zuständiger Arzt:.....

Tel.:..... Fax:..... Email:.....

Neurochirurgisch-neurologische Diagnosen

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Akuter Krankheitsbeginn / Unfalldatum: _____

GCS bei Aufnahme: _____ GCS aktuell: _____

Operation(en):

1. _____ am: _____
2. _____ am: _____
3. _____ am: _____
4. _____ am: _____
5. _____ am: _____

Komplikationen und Folgezustände (z.B. neurologische und motorische Funktionsbeeinträchtigungen)

1. _____
2. _____
3. _____

Relevante Vorerkrankungen (einschl. neuropsychologische, neuropsychiatrische Erkrankungen),
 Kolonisation / Infektion mit MRSA oder multiresistenten Pseudomonas

1.

2.

3.

Weitere Angaben zur medizinisch-pflegerischen Einschätzung des Patienten.

1. Bewusstseinslage

Wach: Ja Nein somnolent Ja Nein

Soporös Ja Nein Comatös Ja Nein

(Vegetativer Status) Ja Nein

2. Beaufsichtigungspflichtig

Ja Nein

3. Sprachstörungen

Ja Nein

4. Cerebrales Anfallsleiden

Ja Nein

5. Sonstiges

ZVK Ja Nein Trachealkanüle Ja Nein

PEG Ja Nein ASB / CPAP Ja Nein

Dekubitus Ja Nein HD-Sonde / VK/ lumb. Drainage Ja Nein

Kontrakturen Ja Nein Spastik Ja Nein

Magensonde Ja Nein Schluckstörung Ja Nein

DK / SPK Ja Nein Ernährung parenteral Ja Nein

6. Gesetzliche Betreuung

Ja Nein

Sollte bei schwer bewusstseinsgetriebenen Patienten bereits eine Betreuung vorliegen oder beantragt sein, bitten wir um Mitgabe einer Kopie des richterlichen Beschlusses.

Wir bitten um Verständnis dafür, dass wir Patienten nur aufnehmen können, wenn ein mikrobiologisches Monitoring erfolgte und uns dessen Ergebnis bei der Anmeldung mitgeteilt wird, z. B. durch Übermittlung der Befunde per Fax gemeinsam mit diesem Formular.

- Dieses Ergebnis darf nicht älter sein als **7** Tage vor Aufnahmetermin in unserer Klinik -

- Bitte senden Sie uns den Frühbartel-Index ausgefüllt mit diesem Formular zurück.
- Weiterhin bitten wir bei der Verlegung um Mitgabe der CCT/MRT/Röntgenbilder, diese werden Ihnen, wenn nicht mehr benötigt, unaufgefordert zurückgeschickt.

Bestätigung der anfragenden Klinik	
Ort / Datum	Klinikstempel, Name und Unterschrift des Arztes

Freitextfeld für Department für neurochirurgisch-neurotraumatologische Frührehabilitation:
