



Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke
Gerhard-Kienle-Weg 4 | D-58313 Herdecke

**Fachabteilung für Klinische
Frührehabilitation**

Leitender Arzt
Dr. med. Friedrich Edelhäuser

Stationsärztin
Christine Bussinger
Durchwahl (0 23 30) 62 -3425
Fax (0 23 30) 62 - 3373
fruehreha@
gemeinschaftskrankenhaus.de

**Kurzinformation zur Übernahme in die Abteilung für fachübergreifende
interdisziplinäre Frührehabilitation im Akutkrankenhaus nach § 39 SGB V**

(Verlegung in ein anderes Krankenhaus, daher ist eine Kostenübernahme Erklärung nach § 40 Abs.2
des SGB V des Kostenträgers nicht erforderlich)

Mit der Beantwortung der folgenden Fragen helfen Sie uns, rasch auf Ihre Anfrage zu reagieren und
die Aufnahme zu vereinfachen. Herzlichen Dank für Ihre Hilfe.

Verlegende Klinik: (Stationsstempel) _____

Ansprechpartner und Erreichbarkeit: _____

Anschrift: _____

Telefon / Fax: _____

Name des Patienten (oder Adressette): _____

Anschrift: _____

gfls. Angehörige / Ansprechpartner: _____

Bitte geben Sie die GKV Versicherten Karte mit !

Oder Kostenträger: _____ Versicherten Nr.: _____ Status: _____

Aufnahmedatum / Zeitpunkt des Unfalles: _____

Übernahmezeitpunkt: _____





Verlegungsdiagnosen:

Bitte Bildmaterial bei Verlegung unbedingt mitgeben !

Röntgen CT CCT MRT Sonstiges

Frühreha-Index:

- überwachungspflichtige Vitalparameter
- Intermittierende Beatmung
- Absaugepflichtiges Tracheostoma
- Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
- Beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit
- Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen- und Fremdgefährdung
- Schwere Sprach und Kommunikationstörung

Durchgangsyndrom Hemiplegie Dysphagie Aphasie

Dekubitus andere Paresen neurologische Läsionshöhe

Z.Zt. sind folgende **Therapien** und **Bedingungen** erforderlich:

monitorpflichtig CPAP Training parenterale Ernährung Sondenernährung

Hygienebedingungen wegen MRSA, ESBL, etc. **(Bitte Abstrichserie schon anfertigen)**

Mobilitätsgrad: bettlägrig Bettkante Rollstuhl

Folgende diagnostische Kontrollen sind erforderlich: _____





Falls Wiedervorstellung erbeten: Terminvorschlag: _____

Folgende **pflegerische Einstufung** besteht z.Zt.: A S

Bitte geben Sie, wenn es zu machen ist, auch einen **Pflegebericht** mit Angaben zur **Lagerung** und **Matratze**:

Z.Zt. liegen folgende **Zugänge** und **Katheter**:

ZVK Port PEG DK SPK Tracheostoma

