

# Abteilung für fachübergreifende Frührehabilitation im Gemeinschaftskrankenhaus Herdecke gGmbH

Ltd. Arzt: Dr. med. Friedrich Edelhäuser

Tel.: 0 23 30 / 62 – 34 25

Ltd. Oberarzt: Michael Silz

Sekretariat: Ulrike Ewerdwalbesloh

Fax: 0 23 30 / 62 – 33 73

Gerhard-Kienle-Weg 4

58313 Herdecke

email: [fruehreha@gemeinschaftskrankenhaus.de](mailto:fruehreha@gemeinschaftskrankenhaus.de)

Kurzinformation zur Übernahme in die Abteilung für fachübergreifende interdisziplinäre Frührehabilitation im Akutkrankenhaus nach § 39 SGB V (D. h. Verlegung in ein anderes Krankenhaus, daher ist eine Kostenübernahme-Erklärung des Kostenträgers nach § 40 Abs.2 des SGB V 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.

## Anschrift verlegende Klinik (oder Stationsstempel):

Ansprechpartner: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_

Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

## Patienten-Daten mit Anschrift (oder Adressetten-Kleber):

ggf. Angehörige / Ansprechpartner / Betreuer (wenn mgl. mit Telefonnummer):  
\_\_\_\_\_

Bitte geben Sie die **Krankenversicherungskarte** mit. **Falls nicht vorhanden:**

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Versicherten-Nr.: \_\_\_\_\_ Status: \_\_\_\_\_

**Aufnahmedatum bei Ihnen bzw. Zeitpunkt des Unfalles:** \_\_\_\_\_

**Diagnosen (Verlegungsdiagnosen):**

---

---

---

**Bitte bei Verlegung mitgeben:**

**Ärztlicher Verlegungsbericht (Entlassungsbrief) und Pflegebericht  
Bildmaterial (gerne auf CD)  
Laborbefunde  
Krankenversicherungskarte**

**(Frühreha)-Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte**

**klinischer Befund:**

überwachungspflichtige Vitalparameter / monitorpflichtig	<input type="radio"/>
intermittierende Beatmung	<input type="radio"/>
CPAP-Training	<input type="radio"/>
Tracheostoma	<input type="radio"/>
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="radio"/>
beaufsichtigungspflichtige Verwirrtheit	<input type="radio"/>
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	<input type="radio"/>
Eigen- u. Fremdgefährdung	<input type="radio"/>
Aphasie	<input type="radio"/>
Dysarthrie	<input type="radio"/>
Psychosyndrom/Durchgangssyndrom	<input type="radio"/>

Vigilanz bzw. Kontaktfähigkeit: \_\_\_\_\_

**Paresen:**

Arm:	<input type="radio"/> links	Kraftgrad:	<input type="radio"/> rechts	Kraftgrad:
Bein:	<input type="radio"/> links	Kraftgrad:	<input type="radio"/> rechts	Kraftgrad:

**OP / Wunden:**

---

**Dekubitus:**

**Hygienebedingungen / Isolierung:**

MRSA       ja       nein  
ESBL       ja       nein

**Wann sind zuletzt Kontroll - Abstriche erfolgt?**

---

---

---

**Mobilitätsgrad:**       bettlägerig       Bettkante       Rollstuhl

**Ernährung:**  PEG       nasogastrale Sonde       Schluckkost       Vollkost

**Pflegerische Einstufung:**       A       S

Folgende **diagnostische Kontrollen** sind (wann) erforderlich (z.B. MRT, CCT,...):

- 
- 
- 
- 
- 
- 

**Zugänge und Katheter:**

ZVK       Port       PEG       DK       SPK       Tracheostoma

**Besonderheiten bzw. Pflege-Erschwernisse:**

Adipositas: \_\_\_\_\_ kg       Diarrhoe       aktuell Infekt       Lagerung  
 Wechseldruckmatratze