

## Anmeldung zur Fachübergreifenden Frührehabilitation

Patientendaten / -aufkleber
-----------------------------

Fax zur Anmeldung an:  
F +49 2331 974-2419

Telefonische Rückfragen an:  
T +49 2331 974-2416

\_\_\_\_\_  
Ansprechpartner Datum

\_\_\_\_\_  
Telefon

### Diagnose:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Barthel-Index: \_\_\_\_\_ Punkte

Monitoring erforderlich:  ja  nein

Trachealkanüle:  ja  nein

Isolierungspflichtige Keime:  ja  nein welche? \_\_\_\_\_

**Bewusstseinslage:**  wach  somnolent  komatös  delirant  
 orientiert

Hemiparese:  ja  nein

Schluckstörung:  ja  nein

DK  SPK  ZVK  Arterie  PEG  nasogastrale Sonde

\_\_\_\_\_  
Körpergewicht

\_\_\_\_\_  
Größe