

**Niels-Stensen-Kliniken Christliches Klinikum Melle GmbH**  
Akutkrankenhaus mit geriatrischer frührehabitativer Komplexbehandlung

**Fax:** 05422/104-2239      **Telefon:** 05422/104-2241 oder 104-2140  
**E-Mail:** [GERIATRIE\\_ANMELDUNG@niels-stensen-kliniken.de](mailto:GERIATRIE_ANMELDUNG@niels-stensen-kliniken.de)      Frau H. Rohlf-Büscher

(Anmeldung per Fax oder Email)

<p><b><u>Voraussetzungen:</u></b></p> <p><input type="checkbox"/> Alt oder hochbetagt (nicht kalendarisch, sondern biologisch)</p> <p><input type="checkbox"/> das Therapieziel ist unklar</p> <p><input type="checkbox"/> die Prognose ist unsicher</p> <p><input type="checkbox"/> es besteht min. eine behandlungsbedürftige Begleiterkrankung</p> <p><input type="checkbox"/> es besteht ein weiterer diagnostischer Bedarf</p> <p><input type="checkbox"/> Fähigkeit zur Mitarbeit</p> <p><input type="checkbox"/> die Fähigkeit zur Mitarbeit ist nicht ausreichend (Hirnleistung, Lungenfunktion, Muskulatur etc.)</p> <p><input type="checkbox"/> erforderliche Behandlung, die in einer Rehabilitationseinrichtung nicht geleistet werden kann</p> <p><input type="checkbox"/> es wurde noch kein Antrag auf Leistungen nach § 40 SGB V gestellt</p> <p><input type="checkbox"/> Patient/in ggf. Betreuer/in ist mit der Behandlung einverstanden</p> <p>Voraussetzungen sind erfüllt <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	<p><b><u>Stempel der Fachabteilung:</u></b></p>          <p>.....</p> <p><b>Behandelnder Arzt/Tel./Durchwahl</b></p> <p>.....</p> <p><b>Station/Telefon, ggf. FAX</b></p>
---	---

**Angaben zum Patienten:**

Name, Vorname: ..... stationär seit: .....

Geb.-Datum: ..... Gewünschter Verlegungstermin: .....

Krankenkasse: .....

Privat:  ja     nein

Einzelzimmer:  ja     nein

Chefarztleistung:  ja     nein

Ansprechperson       ges. Betreuer/in: ..... Tel.:

**Medizinische Angaben:**

<p><b>Hauptdiagnose:</b></p>	<p><b>Nebendiagnose(n):</b></p>
------------------------------	---------------------------------

Bei Fraktur: OP-Datum: ..... Vollbelastung:  ja     Teilbelastung, wie lange.....

MRSA:  nein     ja, wo .....  Status unbekannt

ESBL:  nein     ja, wo .....  Status unbekannt

Akute Gastroenteritis:  ja     nein       Noro     Clostridien

Antibiose:  ja     nein       welche? .....

Orientierung:  klar     desorientier       gelegentlich desorientiert

Dekubitus:  nein     ja, wo/Grad: .....

Sonstiges: .....

Barthelindex (gerne mitfaxen): .....

Pflegegrad:  kein PG     beantragt     PG I     PG II     PG III     PG IV     PG V

**Behandlungsziel(e) für geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung:**

Zur Erleichterung unserer Arbeit füllen Sie bitte das Formular vollständig aus. Wir benötigen sämtliche Befunde.  
Herzlichen Dank für Ihre Mitarbeit – Ihre Niels-Stensen-Kliniken Christliches Klinikum Melle GmbH – Koordination