

An die
Sana Kliniken Duisburg
Klinik für Neurologische Frührehabilitation
Zu den Rehwiesen 9
47055 Duisburg



unter FAX-Nr. 0203/733-1902

Rückfragen unter Telefon 0203/733-1901

Anmeldung
zur neurologischen Frührehabilitation

für Frau / Herrn

Anmeldende Klinik: _____ Telefon-Nr.: _____

Ansprechpartner: _____ FAX-Nr.: _____

Reha-Diagnose: ➤

Nebendiagnosen: ➤

-
-
-
-
-

Barthel-Score: _____

Kontrollierte Beatmung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
ASB (CPAP / BIPAP)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Absaugpflichtiges Tracheostoma	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Beaufsichtigungspflichtige Dysphagie	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
Schwere Verständigungsstörung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
MRSA-Besiedlung (bei Tracheostoma: Trachealsekret)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
4MRGN-Besiedlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
VRE-Besiedlung	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>

Verlegungsfähig ab _____

Datum / Unterschrift