

## Geriatrische Rehabilitation Bad Berka

### Anmeldung zur geriatrischen Rehabilitation (fax 036458-53525)

Bitte beachten Sie, dass **vor** der Anmeldung in unserer geriatrischen REHA eine Kostenübernahme bei der zuständigen Kasse unter Verwendung des **MUSTERS 61 (Vordruck für die Verordnung einer medizinischen Rehabilitation)** beantragt werden muss.

#### Angaben zum Anmelder:

Anmeldende **Praxis:** \_\_\_\_\_

Anmeldende **Klinik:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_

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

Telefon: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

#### Angaben zum Patienten:

Name : \_\_\_\_\_

geb.: \_\_\_\_\_

Adresse: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Kontaktperson: \_\_\_\_\_

Patientenaufkleber

Telefon: \_\_\_\_\_

Aktueller Aufenthaltsort des Patienten: \_\_\_\_\_

**Gesetzliche Betreuung:**  nein  ja Betreuer/in: \_\_\_\_\_

**Pflegegrad:**  keiner  1  2  3  4  5

#### Bisherige Versorgung:

zu Hause selbstständig

zu Hause mit Hilfe von An-/Zugehörigen

zu Hause mit ambulantem Pflegedienst

betreutes Wohnen

Kurzzeitpflege

Pflegeheim

**Nachweis multiresistenter Keime:**  nein ja  Keim: \_\_\_\_\_

**Allergien:**

nein  ja gegen: \_\_\_\_\_

**Verhaltensauffälligkeiten:**  keine  Demenz  Delir

**Aktuelle Mobilität:**

selbstständig mobil  mobil mit Hilfsmittel  in den Stuhl mobilisierbar  
 bettlägrig

**Selbsthilfefähigkeit (wahlweise):**

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

SINGER: \_\_\_\_\_ Punkte

**REHA-begründende Diagnosen:**

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

**Wichtigste Nebendiagnosen:**

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

Bei **Frakturen:**  Vollbelastung  Teilbelastung mit \_\_\_\_\_ kg

**Rehabilitationsziel:**

\_\_\_\_\_

**Genehmigung der Krankenkasse liegt vor:**

ja  nein

Gewünschter **Übernahmetermin:** \_\_\_\_\_

Bitte den aktuellen **Medikationsplan** sowie wahlweise den **Barthel-Index** oder den **SINGER** beifügen.

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_