

Reha-Zentrum Reuterstrasse Geriatriische Klinik gGmbH

Chefarzt Dr. med. Martin Fußer

Reuterstrasse 101, 51467 Bergisch Gladbach, Telefon: 02202 / 127-0, Telefax: 02202 / 127-311,
E-mail: info@reha-reuterstrasse.de, Internet: www.reha-reuterstrasse.de



Tel: 02202 / 127 310
Fax: 02202 / 127 311

Antragsformular für:

Anschlußheilbehandlung (Geriatriische Rehabilitation)

Stationär

Ambulant/Teilstationär

zutreffendes bitte ankreuzen!

Antragsteller:

Ansprechpartner: Klinik/Hausarzt

Tel:

Stempel

Patient (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel. Nr.:

Anspruchsberechtigt bei folgender Krankenkasse:

Vers.Nr. d. Krankenkasse:

Kostenübernahme beantragt am:

Zusatzversicherung/Beihilfe: ja nein

Name/Anschrift:

Versicherungs. Nr.:

Wahlleistungen:

Chefarztbehandlung

Einbettzimmer

Zweibettzimmer

Voraussichtlicher Entlassungstermin: _____

Hauptdiagnosen, Datum des letzten Akutereignisses: _____

Nebendiagnosen: _____

Medikamente: _____



Weitere Diagnosen und Symptome:

Infektionen	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>			
Welche: _____					
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>				
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>				
hochgr. Sehschwäche/Blindheit	<input type="checkbox"/>				
hochgr. Schwerhörigk./Taubheit	<input type="checkbox"/>				
Z. n Beinamput./eins./doppels.	<input type="checkbox"/>				
Dekubitus	<input type="checkbox"/>				
Synkopen/Stürze	<input type="checkbox"/>				
Kontraktur	<input type="checkbox"/>				
Hemiparese	<input type="checkbox"/>				
Paraparese	<input type="checkbox"/>				
bei Fraktur:	<input type="checkbox"/>				
Teilbelastung / Vollbelastung					
			Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			An-/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Baden/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Hinsetzen/Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			Anus Praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Bitte zutreffendes ankreuzen!

Kommunikation:

-Verstehen stark eingeschr. leicht eingeschr. nicht eingeschr.
 -Sprache stark eingeschr. leicht eingeschr. nicht eingeschr.

Gedächtnis/Orientierung:

Verwirrt ja zeitweise nein
 Unruhe tagsüber / nachts ja zeitweise nein
 Weglauftendenz ja zeitweise nein
 Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung und Orientierung ständig zeitweise nein

Versorgung:

vor Erkrankung zu Hause Heim
 (selbst./mit Hilfe) (Pflege/Wohn)
 geplant nach Rehabilitation zu Hause Heim nicht geklärt
 (selbst./mit Hilfe) (Pflege/Wohn)

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl Gehhilfe PEG Blasenkatheter
 Arm-/beinprothese Hörgerät Sonstige _____

Rehabilitationsziel:

Rückkehr in die eigene Wohnung Altenwohnung
 Rückkehr zu Verwandten Pflegeplatz ist beantragt
 Altenheim/Wohnbereich Pflegeplatz ist nicht beantragt
 Altenheim/Pflegebereich

Bezugsperson:

(Angehörige/Betreuer): _____
 (Adresse, sofern bekannt)

Bemerkungen: _____

Bei ambulanten/teilstationären Patienten: Empfohlene Behandlungsdauer: _____ Tage

Eine Rehabilitationsmaßnahme ist medizinisch indiziert und notwendig, die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird hiermit beantragt.

Datum, Stempel, Tel.Nr.:

Unterschrift des antragstellenden Arztes