



Chefarzt Dr. med. Martin Fußer
Tel. 02202 127-310
Fax 02202 127-311
 zutreffendes bitte ankreuzen!

Reha-Zentrum Reuterstraße

Geriatrische Klinik gGmbH

Bergisch Gladbach

Weitere Diagnosen und Symptome

Infektionen ja nein

Welche

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

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 ein
 Beeinträchtigung der Gedächtnis-
 leistung 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 (Angehöriger / Betreuer)

Adresse (sofern bekannt)

Bemerkung

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.

Unterschrift des antragstellenden Arztes