

**ANMELDUNG ZUR NEUROLOGISCHEN / NEURO-CHIRURGISCHEN  
FRÜH-REHABILITATION ODER NEUROLOGISCHEN  
BEATMUNGSENTWÖHNUNG**

**NEUROLOGISCHES  
ZENTRUM**

**Angaben zum Patienten:**

Patient (Name, Vorname): \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

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

Versichertennummer: \_\_\_\_\_

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?  ja  nein

Rentner:  ja  nein

Vorsorgevollmacht  ja  nein

Betreuung:  ja  nein

Name Bevollmächtigter und Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_

IHRE ANSPRECHPARTNER:  
PROF. DR. MED.

T. SCHMIDT-WILCKE

FACHARZT FÜR NEUROLOGIE  
SPEZIELLE SCHMERZTHERAPIE  
GERIATRIE  
REHABILITATIONSWESEN  
CHERARZT  
DES NEUROLOGISCHEN ZENTRUMS

ZENTRALES  
BETTENMANAGEMENT  
FR. S. PFLIEGER

☎ 09931/09931 87 27930

📄 09931/8727939

S.PFLIEGER@MAINKOFEN.DE

**Einweisende Klinik:**

Klinik und Station: \_\_\_\_\_

Ansprechpartner im Krankenhaus (Name, Berufsbezeichnung): \_\_\_\_\_

Tel.-Nummer: \_\_\_\_\_ Fax-Nummer: \_\_\_\_\_

**Anforderung Zielklinik:**

Frühreha  IMC (Monitor)  Weaning (Monitor und Beatmung)

**Diagnosen:**

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

**Klinische Daten:**

Bewusstseinslage:

wach  somnolent  soporös  komatös

Delir:  ja  nein andere psych. Auffälligkeiten:

Aphasie:  ja  nein  nein

Dysphagie:  ja  nein  ja, welche:

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



**Medizinische Daten:**

Monitorpflichtigkeit:  ja  nein  
 Chirurgisches Tracheostoma  dilatatives Tracheostoma  andere Stoma

Anlagedatum: \_\_\_\_\_

Beatmung:  ja  nein, O2 Bedarf \_\_\_\_\_

Weaning begonnen?

Beatmungsstunden/Tag: \_\_\_\_\_ Beatmungsform: \_\_\_\_\_

Dialyse:  ja  nein

Dekubitus:  ja  nein

Grad: \_\_\_\_\_ wo: \_\_\_\_\_

Fixateur/Frakturen:

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_

belastungsstabil? \_\_\_\_\_

**Zugänge:**

Zentraler Venenkatheter (ZVK):  ja  nein

arterieller Zugang:  ja  nein

Nasogastrale Sonde:  ja  nein

PEG:  ja  nein

PEJ:  ja  nein

DK:  ja  nein

suprapubischer Katheter:  ja  nein

**Infektionsstatus:**

MRSA  MRE  VRE  HIV  
 Hepatitis  Noro  Clostriden  COVID-19

Andere: \_\_\_\_\_

Aktuell Antibiose:  nein  
 ja, welche: \_\_\_\_\_

Isolation:  ja  nein

**Sonstiges:**

Allergien:  ja  nein

Fixierung:  ja  nein

COPD:  ja  nein

Körpergewicht: \_\_\_\_\_

Drogen-/Medikamenten-/Alkoholmissbrauch:

nein

ja, welche: \_\_\_\_\_