

Bitte ausfüllen und an die beiden entsprechenden Empfänger versenden:		
a) ANMELDUNG	b) MITTEILUNG	ABSENDER
ZUR GERIATRISCHEN REHABILITATION		(Praxis-Stempel / Klinik-Stempel)
An die Geriatrische Rehaklinik GmbH Bunsenstr. 120 71032 Böblingen Tel.: 07031/668-4002 FAX: 07031/668-4003	An die Krankenkasse	
Hinweis zu a) Anmeldung Klinik: • Bitte Seite 1 + 2 an die Klinik; • Seite 2 bitte vom Pflegepersonal ausfüllen lassen.	Hinweis zu b) Mitteilung Krankenkasse: • Bitte Seite 1 + 3 an die Krankenkasse. • Seite 3 bitte vom Patienten unterschreiben lassen.	⇒ Kostenzusage bitte an die Geriatrische Rehabilitationsklinik GmbH Böblingen, Tel.: 07031/668-4002 Fax: 07031/668-4003

Patientenname:	Vorname:	Geb.-Datum:
Adresse:		Telefon:
Krankenkasse:		Vers.-Nr.:
Kostenübernahme für Reha-Maßnahme:	<input type="checkbox"/> liegt vor	<input type="checkbox"/> ist beantragt
Besonderes:	<input type="checkbox"/> Patient mit Wahlleistungen	<input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer
Frühere Reha-Maßnahme (wo / wann?):		
Geklärte weitere Versorgung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → wo?
Anmeldung im Pflege-/Altenheim:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja → wo?
Kontaktadresse:		Tel.nr.:
Anmeldender Arzt:		Tel.nr.:
Hausarzt:		Tel.nr.:
Diagnosen mit Datum der Akuterkrankung (einschl. wichtige Begleiterkrankungen resp. OP, Reha-beeinflussende Diagnosen, bei Krebs bitte Prognose)		
Reha-Ziel (was ist in 3 – 6 Wochen erreichbar?)		
<input type="checkbox"/> Pflegeerleichterung	<input type="checkbox"/> Alltagsbewältigung (z.B. Essen, Toilettengang, Transfer)	<input type="checkbox"/> Sicheres Gehen
<input type="checkbox"/> Hilfsmittelberatung (Training)	<input type="checkbox"/> Sprechen / Schlucken	<input type="checkbox"/> Schmerzreduktion
Cardio-pulmonale Belastbarkeit:	<input type="checkbox"/> keine Einschränkung	<input type="checkbox"/> leichte Einschränkung
Belastbarkeit der Fraktur:	kg	
Komplikationen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen
Schluckstörungen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> PEG
Blasenkatheter:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> transurethral
Bisher durchgeführte Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Sonstiges → was?
Geplante Maßnahmen:	<input type="checkbox"/> KG	<input type="checkbox"/> Ergo
	<input type="checkbox"/> Massage	<input type="checkbox"/> Diab. Schulung
Neuropsychologische Störungen:	<input type="checkbox"/> z.B. Aphasie	<input type="checkbox"/> Pusher
	<input type="checkbox"/> Neglect	<input type="checkbox"/> Dysarthrie
Vorhandene Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Hörgerät	<input type="checkbox"/> Rollstuhl
	<input type="checkbox"/> Gehstock	<input type="checkbox"/> Gliedmaßenprothese
Vorgeschlagene Versorgung:	<input type="checkbox"/> Vollstationäre Rehamaßnahme	<input type="checkbox"/> Teilstationäre Rehamaßnahme
Ort, Datum	Unterschrift des/der einweisenden Arztes/Arztin	

Diese Seite bitte vom Pflegepersonal / den pflegenden Personen ausfüllen lassen!

			Barthel-Index
Essen	<input type="checkbox"/> Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck		10
	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden		5
	<input type="checkbox"/> Total hilfsbedürftig		0
Baden	<input type="checkbox"/> Badet oder duscht ohne Hilfe		5
	<input type="checkbox"/> Badet oder duscht mit Hilfe		0
Waschen	<input type="checkbox"/> Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne		5
	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe		0
Ankleiden	<input type="checkbox"/> Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen		10
	<input type="checkbox"/> Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an		5
	<input type="checkbox"/> Total hilfsbedürftig		0
Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> Kontinent		10
	<input type="checkbox"/> teilweise inkontinent		5
	<input type="checkbox"/> Inkontinent		0
Urinkontrolle	<input type="checkbox"/> Kontinent		10
	<input type="checkbox"/> teilweise kontinent		5
	<input type="checkbox"/> Inkontinent		0
Toilette	<input type="checkbox"/> Unabhängig bei Benutzung der Toilette / des Nachtstuhls		10
	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe, z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier		5
	<input type="checkbox"/> Kann nicht auf Toilette / Nachtstuhl		0
Bett- / Stuhl-Transfer	<input type="checkbox"/> Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)		15
	<input type="checkbox"/> Minimale Assistenz oder Supervision		10
	<input type="checkbox"/> Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe		5
	<input type="checkbox"/> Bettlägerig		0
Bewegung	<input type="checkbox"/> Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mind. 50 m		15
	<input type="checkbox"/> Mind. 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung		10
	<input type="checkbox"/> Für Rollstuhlfahrer: Unabhängig für mind. 50 m		5
	<input type="checkbox"/> Kann sich nicht fortbewegen (mind. 50 m)		0
Treppensteigen	<input type="checkbox"/> Unabhängig (auch mit Gehhilfe)		10
	<input type="checkbox"/> Braucht Hilfe oder Supervision		5
	<input type="checkbox"/> Kann nicht Treppensteigen		0
Orientierung zu Ort und Situation	<input type="checkbox"/> vollständig gegeben	<input type="checkbox"/> tagelang leicht gestört	
	<input type="checkbox"/> zeitweise gestört	<input type="checkbox"/> tagelang wesentlich gestört	
Verhalten	<input type="checkbox"/> ruhig	<input type="checkbox"/> unruhig	
Mitwirkung bei Therapie und Pflege	<input type="checkbox"/> entwickelt Eigeninitiative		<input type="checkbox"/> passiv
	<input type="checkbox"/> aktiv bei Aufforderung		<input type="checkbox"/> unwillig
Sehen	<input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt
Gehör	<input type="checkbox"/> unbeeinträchtigt	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt
Körpergröße: _____ cm		Körpergewicht: _____ kg	
Bemerkungen:			
Ort, Datum	Unterschrift des/der betreuenden Pflegeperson		Tel.nr. für Rückfragen

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG

Name Patient/Patientin: _____

- Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für mich bei der zuständigen Krankenkasse ein Antrag auf Durchführung der vorgeschlagenen Maßnahme zur geriatrischen Rehabilitation gestellt wird.

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

- Ich erkläre mich ebenso damit einverstanden, dass die in dem Formular „ANMELDUNG / MITTEILUNG ZUR GERIATRISCHEN REHABILITATION“ erfassten Daten (einschließlich medizinischer Befunde und Laborwerte) zum Zweck der Prüfung meiner Rehabilitationsmöglichkeiten an folgende geriatrische Rehabilitationsklinik weitergeleitet werden:

Geriatrische Rehabilitationsklinik GmbH, Bunsenstr. 120, 71032 Böblingen

Ort, Datum, Unterschrift der Patientin/des Patienten

- Der/Die Patient/in ist derzeit aufgrund seines/ihrer Krankheitszustandes nicht in der Lage eine entsprechende Einwilligung schriftlich zu erteilen. Er/Sie hat jedoch auf andere Weise zum Ausdruck gebracht, dass er/sie mit der Übermittlung der Daten einverstanden ist.

Ort, Datum, Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin