

Anmeldung von Klinik:

Therapiezentrum Burgau
Anmeldung zur neurologischen
Frührehabilitation Phase B
(bitte als Fax an 08222 / 404-453)



Name _____

Geburtsdatum _____

Straße _____

Wohnort _____

Krankenkasse _____

Betreuung nein ja

Name _____

Anschrift _____

Tel. _____

Rehabilitationsdiagnose: _____

Klinische Diagnosen: _____

Weitere Diagnosen: _____

Chefärzte

Dr. B. Lipp
PD. Dr. A. Bender

Dr.-Friedl-Str. 1
D-89331 Burgau

Fon 0 82 22/404-100
Fax 0 82 22/404-453

e-mail:
b.lipp@therapiezentrum-
burgau.de
a.bender@
therapiezentrum-burgau.de
Internet:
www.therapiezentrum-
burgau.de

Intermitt. Beatmung/CPAP	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	⇒ Ausschlusskriterium
Externe Ventrikeldrainage	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	⇒ Ausschlusskriterium
Fehlender Knochendeckel	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
BDK/Puffi	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
ZVK	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	
Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Keim _____
Dialyse	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	⇒ tel. RS (s. u.)

Sonstige Besonderheiten: _____

Barthel-Index **Punkte (> 25 Punkte ⇒ Ausschlusskriterium od. ggf. RS (s. u.))**

Aufnahme erbeten ab: _____

Aufnahme möglich am: _____ Station: _____

An wen können wir uns bei telefonischen Rückfragen wenden?

Name / Tel.: _____ Datum der Anmeldung: _____

An wen können Sie sich bei telefonischen Rückfragen wenden?

CÄ Dres. Bender/Lipp, Tel. 08222/404-100 oder 08222/404-110

NEU TELEFON AUFNAHMEARZT: 0151/ 58027839