

Anmeldende Klinik: _____

Therapiezentrum Burgau
Anmeldung zur neurologischen
Frührehabilitation Phase B
(bitte als Fax an 08222 / 404-125
mit vorl. Arztbrief und Barthel-Index)
oder E-Mail an
bettendisposition@therapiezentrum-burgau.de



Name _____
Geburtsdatum _____
Straße _____
Wohnort _____
Krankenkasse _____
Private Zusatzvers. / Wahlleistung Arzt gewünscht nein ja
Betreuung nein ja
Angehörige-Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Chefarzt
Prof. Dr. A. Bender

Kapuzinerstr. 34
D-89331 Burgau

Fon 0 82 22/404-110
Fax 0 82 22/404-453

Angehörige-Anschrift: _____
Rehabilitationsdiagnose: _____
Klinische Diagnosen/Funktionsstörungen: _____
Besonderheiten/Arzneimittel (bitte vorläufigen Arztbrief beifügen) _____

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

- Externe Ventrikeldrainage
- Intermitt. Beatmung/CPAP/Weaning
- Pat. wurde mehr als 168 Std. an aufeinanderfolgenden Tagen beatmet (Wir bitten im Verlegungsbrief um Angabe der Beatmungsstunden an aufeinanderfolgenden Tagen)
- High flow
- Fehlender Knochendeckel
- Trachealkanüle
- Monitorüberwachungspflichtig
- Beaufsichtigungspfl. Orientierungsstörung
- Beaufsichtigungspfl. Verhaltensstörung
- Schwere Verständigungsstörung
- Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
- PEG / nasogastrale Sonde
- BDK/Puffi/ZVK
- Stoma
- Isolationspflicht

- Dialyse

⇒ **Ausschlusskriterium**

bei Anmeldung / Verlegung vorab per Fax:
- HIV-/Hepatitis-Serologie
- 4MRGN/MRSA-Screening (max. 1 Woche alt)
- Betreuerausweis, Vollmachten und Kontaktdaten
- negative SARS-CoV-2-PCR (nicht älter als 72h)

Art: _____
Keim _____
⇒ tel. RS (s. u.)

Besonderheiten: _____

Barthel-Index Punkte (> 25 Punkte ⇒ Ausschlusskriterium od. ggf. RS (s. u.))
(Bitte mit Frühreha-Index-Kriterien beifügen)

Datum der Anmeldung: _____ Aufnahme möglich ab: _____

An wen können wir uns bei telefonischen Rückfragen wenden?

Sozialdienst _____ Tel.: _____
Zuständ. Arzt _____ Tel.: _____

ANMELDUNG: Bettenkoordination, Tel.: 08222/404-110
ANMELDUNG BEATMETE PATIENTEN: Intensivarzt, Tel.: 08222/404-114