

Anmeldende Klinik:

Therapiezentrum Burgau

Anmeldung zur neurologischen
Rehabilitation Phase B / Phase C
Fax mit vorl. Arztbrief und Barthel-Index
an 08222 / 404-125
oder bettendisposition@therapiezentrum-burgau.de



Name: _____ Geburtsdatum _____

Straße: _____ Wohnort _____

Krankenkasse _____

Private Zusatzvers. / Wahlleistung Arzt gewünscht nein ja

Betreuung ja nein

Betreuer/Angehörige-Name: _____ Tel.-Nr.: _____

Anschrift Angehörige: _____

Neurologische Rehabilitationsdiagnose: _____

Nebendiagnosen: Tumor _____ aktuelle Therapie: _____

weitere: _____

keine Patienten mit externer Ventrikeldrainage oder Dialyse

Patientenstatus:

Alter ____ J Größe ____ cm Gewicht ____ kg BMI _____

Tracheotoma: seit _____ dilatativ / chirurgisch Tubus

Invasive Beatmung

Beginn der Beatmung _____

Pat. wurde mehr als 168 Std. an aufeinanderfolgenden Tagen beatmet

(Wir bitten im Verlegungsbrief um Angabe der Beatmungsstunden an aufeinanderfolgenden Tagen)

Beatmungsmodus _____ Pmax: _____ PEEP _____ FIO₂ _____,

Spontanatemphasen: _____ h/Tag

Non-invasive Beatmung:

High flow NIV Heimbeatmung

BGA: unter Beatmung: FIO₂: _____ pO₂: _____ pCO₂: _____ pH: _____

Spontan: l/min: _____ pO₂: _____ pCO₂: _____ pH: _____

Monitorpflichtig: Grund: _____

i.v.-Medikation _____ Perfusoren: _____

Beaufsichtigungspfl. Verhaltensstörung

Beaufsichtigungspfl. Orientierungsstörung

Schwere Verständigungsstörung

Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

Sonstiges:

PEG

PEJ

nasogastrale Sonde

Ernährung: enteral parenteral

BDK

Puffi

ZVK

Stoma

Isolationspflicht

Keim _____

Art: _____

Impfstatus (SARS – CoV-2) zuletzt am: _____ Anzahl Impfung _____ mit: _____

Fehlender Knochendeckel

Dekubitus: _____

Barthel-Index

(Bitte mit Frühreha-Index-beifügen)

bei Anmeldung / Verlegung vorab per Fax:

- MRGN/MRSA-Screening: max. 1 Woche alt

- Betreuerausweis, Vollmachten und Kontaktdaten

- **negativer SARS-CoV-2-PCR (nicht älter als 48h)**

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 / -130

Chefarzt

Prof. Dr. A. Bender

Kapuzinerstr. 34
D-89331 Burgau

Fon 0 82 22/404-110
Fax 0 82 22/404-125

e-mail:

a.bender@

therapiezentrum-burgau.de

Internet:

www.therapiezentrum-
burgau.de