

**Anmeldung
zur neurologischen Rehabilitation/
Frührehabilitation**

Ärztliche Leitung:
Dr. med. Axel Galler
Ärztlicher Direktor/Chefarzt Neuropädiatrie

Dr.-medic/IM Temeschburg Christine Schweikle
Leitende Ärztin Neurologie

Ärztlicher Dienst:
Fax 0 77 34 / 939-206

Wir rufen Sie zurück, sobald Ihre Unterlagen vorliegen

Name des Patienten Vorname Geburtsdatum

Anschrift

Kostenträger (soweit bekannt)

Hauptdiagnose Datum der Verletzung / Operation / Erkrankungsbeginn

Begleiterkrankung / Vorerkrankung / Begleitverletzung

Tracheostoma O₂ ZVK
 Beatmung Magensonde / PEG Harnkatheter
 Abstriche von Nase, Rachen, perianal: Mitteilungspflichtige multiresistente Erreger vorhanden? ja nein

selbständig beim	Erläuterung
Essen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Anziehen <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
orientiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
mobilisiert <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
kontinent <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	

Sonstige Mitteilungen:

Absender (Stempel) Beh. Arzt

Tel. Nr.