

**Anmeldung  
zur neurologischen Rehabilitation/  
Frührehabilitation**

**Ärztliche Leitung:**  
Dr. med. Corina Kiewewalter  
Ärztliche Direktorin/Chefärztin

**Ärztlicher Dienst:**

**Fax 0 77 34 / 939-206**

**Telefon 0 77 34 / 939-340**

**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                       O<sub>2</sub>                                       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:

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Arzt     Bekannte/Freunde     Website Hegau-Jugendwerk     Internet Patientenforen/Bewertungsportale  
 Anzeige Printmedien, wo? \_\_\_\_\_     Sonstiges \_\_\_\_\_

Absender (Stempel) Beh. Arzt

Tel. Nr. \_\_\_\_\_