

# Anmeldung Neurologische Frührehabilitation Phase-B



**Verlegung:**

von extern nach intern (für NFR-B)                       von intern nach intern (nur NFR-B)

von intern nach extern → Frührephase:  B    C    D   AHB  

Name: ..... Vorname: .....

Geb.: ..... Geschlecht: w  m

Adresse: ..... Tel.: .....

Name, Telefonnr. des Angehörigen: .....

und ggf. des Betreuers: .....

Krankenkasse: ..... Krankenvers.nr.: .....

Rentenvers.träger: ..... Rentenvers.nr. ....

Einzelz.     Äztl. Wahl.     Beihilfe Ja

Pflegestufe    Nein     Ja     Welche? .....

Anmeldende Klinik: ..... Zentrale Rufnr. ....

Anmeldende Station: ..... ITS     Tel.Nr. ....

Anmeldender Arzt: ..... Datum Anmeldung: .....

Angestrebtes Verlegungs-/Entlassungsdatum: .....

Weiterbehandelnder Hausarzt: .....

**Neurolog./Geriatr. Rehabilitations-Diagnose** (mit Ereignis-Datum): .....

.....

**Reha-relevante** Begleitdiagnosen (z. B. vorbestehende Beeinträchtigungen): .....

.....

Ausstehende Diagnostik: .....

.....

Realistische alltagsrelevante Rehabilitationsziele:.....

.....

Mögliche Rehabilitationseinschränkungen:.....

.....

Rehabilitationsfähigkeit vorhanden?                      Nein     Ja   
ausreichende physische und psychische Belastbarkeit, Instruktionsverständnis, Motivation bzw. Motivierbarkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit?                      Nein     Ja   
siehe Befundbogen

Positive Rehabilitationsprognose?                      Nein     Ja