

Antrag auf stationäre Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Schön Klinik München Schwabing
Neurologische Frührehabilitation
Parzivalplatz 4
80804 München

Ansprechpartner	
Clearingarzt/Oberarzt	089-36087-139
Anmeldung und Belegungsplanung	089-36087-165
Fax Anmeldung und Belegungsplanung	089-36087-2633

Antrag auf stationäre Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Hiermit wird die stationäre Behandlung in der Phase B für u. g. Patienten beantragt. Die grundsätzlichen Voraussetzungen für eine Aufnahme, **d.h. spontane Atmung seit >48 Stunden** und **keine EVD**, sind erfüllt.

Patientendaten (Wenn verfügbar, bitte Aufkleber verwenden)	
Name/ Vorname
Geburtstag
Adresse
Angehörige (Tel)
Bevollmächtigter/Gesetzl. Betreuer <input type="checkbox"/> ggf. Name
Kostenträger/ Versicherungs-Nr.
<small>(bitte unbedingt angeben)</small>	
Neurologische Hauptdiagnose (mit Erkrankungsbeginn)	Relevante Nebendiagnose(n)
.....	<input type="checkbox"/> Niereninsuffizienz (<input type="checkbox"/> dialysepflichtig) <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz
.....	<input type="checkbox"/> akute Atemwegsinfektion <input type="checkbox"/> COPD <input type="checkbox"/> Venenthrombose
.....	<input type="checkbox"/> Adipositas
.....	Sonstige:
.....
Hauptsymptome und klinischer Befund (mit Ausmaß)	
.....	
.....	
.....	
Akutmedizinischer Handlungsbedarf	
Respiration: <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> O ² Bedarf	Sonstige:
Herz-Kreislauf: <input type="checkbox"/> Monitorüberwachung <input type="checkbox"/> Bilanzierungsbedarf	Sonstige:
Ernährung: <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> (PEG) <input type="checkbox"/> Parenteral (ZVK)	Sonstige:
Keime: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3/4-MRGN <input type="checkbox"/> Clostridien-Diarrhoe <input type="checkbox"/> VRE Andere:
Andere: <input type="checkbox"/> Elektrolytstörung <input type="checkbox"/> Parenterale Antibiose <input type="checkbox"/> Seltene Medikamente	
Sonstige:

Die stationäre Maßnahme wurde/ wird beim Kostenträger beantragt am _____ (Datum).
Der Patient ist verlegbar ab _____ (Datum).

Anmelder:

.....
Datum	Arzt	Station	Telefon	Stempel
Ersteller:	Staudt, Simone		Freigeber:	Staudt, Simone
Datum: 08.05.2017				
Kommentar:				
Gültig für:	MSW	Fachbereich:	Patientenmanagement	
Berufsgruppe:	weitere Berufe	Thema:	Disposition / Planung / Koordination	

Dateiname: Antrag auf stationäre Behandlung in der neurologischen Frührehabilitation Phase B vom 22.10.2018 08:48