Anmeldung zur stationären neurologischneurochirurgischen Frührehabilitation Phase B im Herz-Jesu-Krankenhaus Münster-Hiltrup

Bitte senden Sie die ausgefüllte Anmeldung per Fax an 02501/174270 oder per Email an Belegungsmanagement@hjk-muenster.de

Angaben zur Patientin/zum Patienten	:	
ame: Vorname:		
Geb.: Wohna	dresse:	
Krankenkasse/Kostenträger:		_
Zusatzversicherung/Wahlleistung:	Nein Ja, 2-Bett	Ja, 1-Bett
Kontaktdaten Angehörige:	, Telefonnummer	
Kontaktdaten gesetzliche Betreuung:	, Telefonnummer:	
Vorbestehender Pflegegrad:	Nein Ja, Pflegegrad:	
Sprachfähigkeit Deutsch: Ja	Nein, mögliche Kommunikation auf	
Rehabilitationsbegründende neurolog	gische Diagnose:	
Erstereignis/ggf. ursprüngliche Erkran	ıkung:	
Relevante Begleiterkrankungen:		
Bitte vorläufigen Entlassbericht bei	fügen.	
Gewünschter Verlegungstermin: ab _	_••	
Zuweisende Klinik:	-	
Fachabteilung und Station:		
Telefonnummer Station:		
Telefonnummer behandelndes ärztlic	ches Personal:	
Telefonnummer Sozialdienst:		
Ggf. Mail-Adresse:@_		

Nein	Ja
Nein	Ja
r Zugang etc.):	
Nein	Ja
Nein	Ja
wenn ja, welche:	
, Enddatum	
Folgende Keime:	
Nein 	
	Nein TZugang etc.): Nein Nein Wenn ja, welche: , Enddatum Folgende Keime: Nein

Mobilisation:
<u>Vigilanz:</u>
Bei Rückfragen wenden Sie sich gerne an das zentrale Belegungsmanagement (02501/177811) oder das Sekretariat der Klinik für Neurologie (02501/172501).
Anmerkungen:
Bitte fügen sie der Anmeldung einen aktuellen, vorläufigen Arztbrief sowie einen aktuellen Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle bei!