

**Anmeldung
zur neurologischen Rehabilitation/
Frührehabilitation**

**Ärztlicher Dienst:
Fax: 07734/939-206**

**Chefarzt Neuropädiatrie
Dr. med. Axel Galler**

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

Name, Vorname des Patienten 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: Erläuterungen:

Essen ja nein

Anziehen ja nein

orientiert ja nein

mobilisiert ja nein

kontinent ja nein

Sonstige Mitteilungen:

Absender (Stempel) Beh. Arzt

Tel.-Nr. (bitte gut lesbar)