

Patientendaten

Neurologische Frührehabilitation
Oberärztin M. Tenorth
Theobald-Christ-Straße 16
60316 Frankfurt am Main

Telefon: (069) 94992 -242 oder -243
Fax: (069) 94992 -283
E-Mail: Neuro-Reha@ckhf.de

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation für Kinder und Jugendliche Reha Stufe B oder C

Überweisende Klinik und Station	
Ärztlicher Kontakt (Name, Telefon, E-Mail)	
Kontakt Station (Telefon, Fax oder E-Mail)	
Kontakt Sozialdienst (Name, Telefon, E-Mail)	
Reha Phase	<input type="checkbox"/> Reha B <input type="checkbox"/> Reha C
Barthel-Index	
Diagnose	
Grund der Reha	
Ziel der Reha	
Begleitperson	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Familiäre Kontaktperson (Name, Telefon)	
Gewünschtes Aufnahmedatum	
Medikamente	
Ernährung	
Abstrich vorhanden (positiv)	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> MRGN
Spezielle Informationen (bes. Familien- verhältnisse; Dolmetscher erforderlich, etc.)	

Bitte senden Sie das elektronisch ausgefüllte Dokument per E-Mail an Neuro-Reha@ckhf.de. Fügen Sie bitte auch den Arztbrief und die Pflegeüberleitung bei.