**Stationäre Anmeldung** Gewünschtes Eintrittsdatum

**Patientendaten**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name |  | Vorname |  |
| Geburtsdatum |  | Geschlecht | F  M |

***Bitte administratives Stammblatt dem Mail beilegen***

**Angemeldet durch**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Institution/Arztpraxis |  | Name und Vorname |  |
| Abteilung |  | Telefonnummer |  |
| **Querschnittlähmung** |  | **Cerebral Parese** |  |
| Neurologisches Niveau:  ASIA |  | Kognitive  Defizite | Keine mittel schwere |
| **Hirnverletzung** |  | **MS/ALS** |  |
| GCS:  Evtl. FIM/Barthel Index  dem Mail beilegen | Tiefster:  Aktueller: | Score: EDSS       vom:  ALSFRS       vom: | |
| **Neurologische**  **Diagnosen /**  **Verlauf**  **Einweisungsgrund**  **Rehabilitationsziel** |  | | |
| **Funktionsdefizite** | **Zutreffendes ankreuzen:**  **Atmung** normal  Trachealkanüle  intubiert  seit/bis  **Monitoring** Nein  Ja  **Mobilität** bettlägerig  Rollstuhl  Gehhilfe  selbstständig gehfähig  **Orientierung** zeitlich örtlich zur Person  **Ausscheidung** spontan  DK  SP  **Ernährung** per os  PEG  parenteral | | |
| **Weitere wichtige**  **Hinweise** | (z.B. weiterhin dialysepflichtig, Chemo-/Radiotherapie, Isolation etc.) | | |

**Bitte mit medizinischen Berichten, administrativem Stammblatt und evtl. FIM/Barthel Index an:**

**Stationäre Patientenaufnahme mailen: bettenplanung@rehab.ch, Tel. Nr. +41 (0) 61 325 00 92.**