**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 |       | KognitiveDefizite | Keine [ ] mittel [ ] schwere[ ]  |
| **Hirnverletzung** |  | **MS/ALS** |  |
| GCS:Evtl. FIM/Barthel Indexdem 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.**