



NTK – PATIENTENANMELDUNG

FAX Nr.: 03862-290-202

Vor-/Nachname: Geburtsdatum:

Straße/Hausnr: Wiederholungsaufenthalt: ja nein

PLZ/Ort..... Sonderklasseversicherung: ja nein

Versicherung: wenn ja welche:.....

Zuweisender Arzt: Tel. Nr.:

Tel. Nr. des Patienten/Angehörigen:

Neurologische Hauptdiagnose:
 (inkl. Datum bei Akutereignis)

Therapierelevante Zusatzdiagnosen:
 (inkl. multiresistente Keime wie MRSA, MRGN...)

.....

ERNÄHRUNGSZUSTAND: normal adipös **B-Phase Patient:** nein ja **Barthel Index:**

ESSEN: selbständig mit Hilfe
 Schluckstörung: nein ja PEG - Sonde: geplant ja nein
 nasale Ernährungssonde: ja nein
 Cavakatheter: ja nein

ATMUNG: normal beeinträchtigt Tracheostoma (Abstrichbefunde auf multiresistente Keimen sind notwendig !)

MOBILISATION: Querbett sitzen: ohne Hilfe mit Hilfe wie viele Hilfspersonen:.....
 Transfer: ohne Hilfe mit Hilfe wie viele Hilfspersonen:.....
 Gehen: nein ja Hilfsmittel: ja nein
 Hilfspersonen: 2 P. 1 P. nein

KÖRPERPFLEGE / ANZIEHEN: selbständig mit Hilfe

KOMMUNIKATION: uneingeschränkt eingeschränkt Dysarthrie Aphasie

PSYCHISCHER STATUS: voll orientiert teil orientiert nicht orientiert

GEPLANTE VERSORGUNG: häusliche Pflege Pflegeheim nicht geklärt

Umgehende Rückübernahme bei fehlendem Rehabilitationspotential: (nur wenn Pat. aus KH oder Pflegeeinrichtung kommt)
 ja andere Vereinbarung:

GEPLANTES REHAZIEL:

.....

Bitte beachten: Es können nur vollständig ausgefüllte Formulare angenommen werden.
 Anmeldeformulare können jederzeit von der Homepage unter www.ntk.at heruntergeladen werden. Für tel. Rückfragen stehen wir von Mo. – Fr. 11.00 – 12. 00 Uhr unter der Tel. Nr. 0676-8312-77024 zur Verfügung.