



**NTK – PATIENTENANMELDUNG**

**FAX Nr.: 03862-290-2110**

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)

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

**SARS-CoV2-Impfstatus:**  teilimmunisiert  vollimmunisiert

**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](http://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.