

**Anmeldung  
zur neurologischen Rehabilitation/  
Frührehabilitation**

**Ärztlicher Dienst:**  
Fax 07734/939-206  
Telefon 07734/939-340

**Ärztliche Leitung:**

**Dr. med. Andreas Weidmann**  
Chefarzt Neurologie

**Dr. Axel Galler**  
Chefarzt Neuropädiatrie

**Wir rufen Sie zurück, sobald Ihre Unterlagen vorliegen!**

Name des Patienten \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Anschrift \_\_\_\_\_

Kostenträger (soweit bekannt) \_\_\_\_\_

Hauptdiagnose \_\_\_\_\_ Datum der Verletzung/Operation/Erkrankungsbeginn \_\_\_\_\_

Begleiterkrankung/Vorerkrankung/Begleitverletzung \_\_\_\_\_

Tracheostoma       O<sub>2</sub>       ZVK  
 Beatmung       Magensonde/PEG       Harnkatheter  
 Abstriche von Nase, Rachen, perianal: Mitteilungspflichtige multiresistente Erreger vorhanden?     ja     nein

selbständig beim \_\_\_\_\_ Erläuterung \_\_\_\_\_

Essen       ja     nein

Anziehen       ja     nein

orientiert       ja     nein

mobilisiert       ja     nein

kontinent       ja     nein

Sonstige Mitteilungen: \_\_\_\_\_

Wie sind Sie auf uns aufmerksam geworden?

Arzt     Bekannte/Freunde     Website Hegau-Jugendwerk     Internet Patientenforen/Bewertungsportale

Anzeige Printmedien, wo? \_\_\_\_\_     Sonstiges \_\_\_\_\_

Absender (Stempel) \_\_\_\_\_ Beh. Arzt \_\_\_\_\_

Tel. Nr. \_\_\_\_\_