

**Anmeldung  
zur neurologischen Rehabilitation/  
Frührehabilitation**

Ärztliche Leitung:  
Dr. med. Corina Kiesewalter  
Ärztliche Direktorin/Chefärztin

Dr. med. Axel Galler  
Chefarzt Neuropädiatrie

**Ärztlicher Dienst:**

Fax 0 77 34 / 939-206

Telefon 0 77 34 / 939-340

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. \_\_\_\_\_