



Zuständiger Hai	ısarzt:		
Name/Praxis:			
Fax:			

Hausarztpraxis: Bei Erhalt dieses Faxes sofort

	 □ na □ Ku	ch Hause rzzeitpflege	na) <i>zum frühestmöglichen</i> Zeitpunkt an Hausärztin/-arz							
Kurzdiagnose:		egeheim Er								
MRSA-Befall SU: Reha:	□ neg. □ neg.	□ saniert □ saniert		ht sanier ht sanier						
Diagnostik / Verlaufsun	tersuchungen		SU	to do Reha	to do ambulant	nach 1M			12M	
24 Std. EKG										
TTE / TEE										
Sonographie hirnversorg										
Neurologische Befundko	ontrolle									
Bildgebung 🗆 N	⁄IRT □ MRA □	CT 🗆 CTA								
Symptomatische Therap	oie - b. Bed. anl	reuzen <i>oder</i>	□ durch R	eha-Klini	k mittels Eı	ntlassı	mana	gem	ent ber	eits mitge
a) ärztlich			SU		to do ambi					<u>~</u>
Neurologe (Spastik, zent	raler Schmerz,	Epilepsie)								
Jrologie (Blasenstörung										
HNO-Arzt (Schluckstörur	ng)									
Gastroenterologe (PEG)										
Augenarzt (Doppelbilder	r, Gesichtsfeldst	:örung)								
Hausarzt (Wundversorgi	ung Dekubitus)									
Hausarzt (Medikamente)									
o) nicht-ärztlich										
Physiotherapie										
Ergotherapie										
Logopädie										
Neuropsychologische Th	erapie									
Ambulante Pflege										
Sozialmedizinische Ched	ckliste									
	notwendig 🗆 n	otwendig, nich	t beantragt dnet:	□ beanti	ragt □ gen	ehmig	gt: Gra	ad 🗆	1 🗆 2	□3 □4 □

Datum

Name/Unterschrift

Stand: 13.06.2017, Version: 1

Name/Unterschrift

Datum