

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am _____						
Kassen-Nr.		Versicherten-Nr.		Status		
Vertragsarzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		



Zuständiger Hausarzt:
 Name/Praxis: _____
 Fax: _____

**Hausarztpraxis: Bei Erhalt dieses Faxes sofort
 dieses zurückfaxen an: 0431 / 500-23864**

Überleitungs- und Verlaufsbogen Schlaganfallpatienten

Zum Abschluss der Behandlung (Stroke Unit und Reha) zum frühestmöglichen Zeitpunkt an Hausärztin/-arzt faxen!

Entlassung am: _____ Rehaklinik _____, von dort am _____
 nach Hause
 Kurzzeitpflege _____
 Pflegeheim _____

Kurzdiagnose: _____ **Entlassungs-Barthel-Index SU:** _____ **Reha:** _____

MRSA-Befall SU: neg. saniert nicht saniert
Reha: neg. saniert nicht saniert

Diagnostik / Verlaufsuntersuchungen	SU	to do					
		Reha	ambulant	1M	3M	6M	12M
24 Std. EKG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
TTE / TEE	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Sonographie hirnersorgende Gefäße	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Neurologische Befundkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____
Bildgebung <input type="checkbox"/> MRT <input type="checkbox"/> MRA <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> CTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	_____	_____

Symptomatische Therapie - b. Bed. ankreuzen oder durch Reha-Klinik mittels Entlassmanagement bereits mitgeteilt

a) ärztlich	SU	Reha	to do ambulant
Neurologe (Spastik, zentraler Schmerz, Epilepsie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Urologie (Blasenstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
HNO-Arzt (Schluckstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gastroenterologe (PEG)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Augenarzt (Doppelbilder, Gesichtsfeldstörung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt (Wundversorgung Dekubitus)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hausarzt (Medikamente)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) nicht-ärztlich			
Physiotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopädie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neuropsychologische Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ambulante Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sozialmedizinische Checkliste			
Pflegegrad <input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> notwendig, nicht beantragt <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> genehmigt: Grad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
Benötigte Hilfsmittel <input type="checkbox"/> verordnet <input type="checkbox"/> nicht verordnet:			
Betreuung <input type="checkbox"/> nicht notwendig <input type="checkbox"/> Vollmacht liegt vor <input type="checkbox"/> notwendig, nicht beantragt <input type="checkbox"/> beantragt <input type="checkbox"/> bestellt wurde:			
Name: _____		Telefon: _____	

Klinik/SU (Stempel):

Reha (Stempel):

 Datum Name/Unterschrift

 Datum Name/Unterschrift