



An den Sozialdienst, ärztlichen und
pflegerischen Dienst der einweisenden Klinik

Anmeldung Früh-Reha

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie interessieren sich für Ihre/n Patienten/in für einen Früh-Reha-Platz in unserer Klinik. Um Ihnen die korrekte Zuordnung zu erleichtern, finden Sie hier in der Übersicht die wesentlichen Unterscheidungsmerkmale zwischen Früh-Reha, AHB und Reha.

Früh-Reha

- Spezifische Form der Krankenhausbehandlung
- Beinhaltet ärztliche, pflegerische und rehabilitative Leistungen
- Behandlungsdauer wird an kurativmedizinischen Zielen ausgerichtet, i. d. R. gut 2 Wochen
- Keine Kostenzusage der Krankenkasse o. ä. erforderlich
- Kontraindikationen sind: Trachealkanüle, Platzhalter, Schluckstörungen, intensivmedizinisch nötige Überwachung

AHB (Anschlussheilbehandlung)

- Ist ebenfalls in unserer Klinik möglich
Folgt unmittelbar auf einen Krankenhausaufenthalt
(Antritt spätestens 6 Wochen nach Entlassung)
- Akutes Krankheitsbild vorab abschließend behandelt
- Barthel-Index ≥ 80 bzw. Selbstversorgungsfähigkeit ist Voraussetzung
- ganztägig ambulante oder stationäre Leistung zur medizinischen Reha
- Kostenzusage der Krankenkasse erforderlich bzw. Nachweis, der DRV-Versicherung
- Antragstellung in der Regel über Sozialdienst der vorab behandelnden Klinik

Reha (Rehabilitationsmaßnahme)

- Ist ebenfalls in unserer Klinik möglich
- Unabhängig von einem Krankenhausaufenthalt
- Dient dem Erhalt der Gesundheit und soll die selbstständige Lebensführung stärken
- Überwiegend nach schweren akuten Erkrankungen oder chronischen Leiden
- Kostenzusage der Krankenkasse oder des Rententrägers erforderlich
- Antragstellung i. d. R. über betreuende/n Haus- bzw. Facharzt/ärztin

Akute und
Rehabilitative Medizin

Taunusallee 5
56130 Bad Ems
info@hufeland-klinik.com
www.hufeland-klinik.com

Chefarzt:
Dr. med. Wolfgang Neumeister

Ltd. Oberärztin:
Dr. med. Rita Fey

Weaning:
Tel. 02603 / 92-1855
Fax. 02603 / 92-1955

**Früh-Reha
Akutmedizin:**
Tel. 02603 / 92-1811
Fax 02603 / 92-1900

Schlaflabor:
Tel. 02603 / 92-1859
Fax. 02603 / 92-1542

Rehabilitation:
Tel. 02603 / 92-1803

Sekretariat und Ambulanz:
Tel. 02603 / 92-1811
Fax 02603 / 92-1900
pneumologie@hufeland-klinik.com

Sollte Ihr/e Patient/in weiter für eine Früh-Rehabilitationsmaßnahme bei uns in Frage kommen, bitten wir Sie, uns den beigefügten Fragebogen sowie den Bartelindex und vorläufigen Entlassbrief zu faxen (02603 92-1900). **Ohne diese Informationen ist keine Planung des/der Patienten/in möglich.**

Bitte informieren Sie Ihre/n Patienten/in, dass er/sie zur Teilnahme an allen frührehabilitativen Maßnahmen Folgendes benötigt:

- Ausreichend Kleidung
- Hausschuhe
- Festes Schuhwerk
- verordnete und bereits vorhandene Hilfsmittel und Medikamente, z. B. NIV, Sekretmanagement (Flutter, Cornet usw.)
- Handtücher

Zusätzlich benötigen wir:

- aktuellen PCR-Test des/r Patienten/in (bitte vorab faxen)
- CD des CT-Thorax sowie weitere vorhandene Bilder und Befunde
- Pflegeüberleitungsbogen
- Ggf. Wunddoku und besondere Materialien wie bspw. zur Stomaversorgung

Wir melden uns umgehend, wenn wir Ihre/n Patienten/in bei uns einplanen können und bitten um Verlegung vormittags. Sollte der/die Patient/in bis dahin anderweitig verlegt worden oder eine Frühreha durch Verschlechterung des Zustandes nicht mehr möglich sein, bitten wir um eine kurze Info Ihrerseits.

Bei Fragen stehen Ihnen folgende Ansprechpartnerinnen unserer Klinik zur Verfügung:

Nicole Jüptner, Management Früh-Reha (Mo-Fr.9-13 Uhr)
Tel. 02603 92-1846, nicole.jueptner@hufeland-klinik.com

Sabrina Bodi, Chefarztsekretariat
Tel. 02603 92-1811, Fax 02603 92-1900, pneumologie@hufeland-klinik.com

Andrea Oster, AHB und Reha (Mo-Fr. 08-12 Uhr)
Tel. 02603 92-1803 Fax 02603 92-1909, patientenmanagement@hufeland-klinik.com

Wir freuen uns auf eine gute Zusammenarbeit.

Mit kollegialen Grüßen

Dr. med. Rita Fey
Ltd. Oberärztin

Nicole Jüptner
Management Früh-Reha

Fragebogen Früh-Reha für die Hufeland-Klinik Bad Ems

Bitte mit Barthel-Index und vorläufigem Entlassbrief faxen an **02603 92-1900**

Name, Vorname des/r Patienten/in

Geburtsdatum Geschlecht m w d

Größe m Gewicht kg

Zuweisende Klinik (inkl. Ort)

Kontakt Sozialdienst (Name, Tel., Fax)

Stationsarzt/ärztin (Name, Tel.)

Kontakt Station (Name, Tel.)

isopflchtig ja nein / wenn ja, welcher Keim

Lokalisation

Dekubitus ja nein / wenn ja, Lokalisation

bettkantenmobil ja nein

rumpfstabil ja nein

Trachealkanüle ja nein Platzhalter ja nein

PEG ja nein

Stoma/Ileostoma ja nein

Dialysepflichtig ja nein

Schluckstörung ja nein

Benötigtes Bett

Antidekubitusmatratze

Wechseldruckmatratze

Normales Bett

Name des/derjenigen, der das Formular ausgefüllt hat

Ort, Datum Unterschrift