



**Rehabilitationsprognose**

Wäre durch die Durchführung rehabilitativer Anwendungen eine Verbesserung des Allgemeinzustandes bzw. eine Verringerung oder Verhinderung von Pflegebedürftigkeit zu erwarten?

ja  nein

**Nur für Kurzzeitpflege:**

Ist eine Rückkehr in die vertraute häusliche Umgebung des Patienten nach der Durchführung von rehabilitativen Maßnahmen denkbar?

ja  nein  bedingt

**Angaben zu Erkrankungen / Einschränkungen**

Bestehen ansteckende Erkrankungen?  ja  nein

Wenn ja, welche?.....

MRSA?  positiv  negativ

Besteht eine Demenzerkrankung?  ja  nein

Ist die Mobilität eingeschränkt?  ja  nein

Wenn ja, in welcher Form?.....

Ist die Patientin/der Patient bettlägrig?  Ja  nein

**Hinweise / Bemerkungen des behandelnden Arztes oder der behandelnden Ärztin**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Ort.....Datum.....

.....  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin