

| | |
|---|--|
| Anmeldung Neurologie (Früh-)Rehabilitation und Weaning | - Neurologische Primärdiagnose erforderlich - bei kompliziertem Verlauf oder Besonderheiten kurze Verlaufsbeschreibung erbeten - die Daten sollten möglichst nicht älter als 7 Tage sein |
| Telefon 0591-918-1101 | FAX 0591-918-18 |
| Anmeldende Klinik: Ansprechpartner: Station (mit Tel.): Angehörige/ Betreuer (Tel.): Arzt (Name/ Tel.): Patient (Name, Vorname): Geb.-Datum: Anschrift: Kostenträger: | |
| Diagnosen: | |
| <u>Versorgung mit:</u> <input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Spritzenpumpe <input type="checkbox"/> Infusionspumpe <input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> geplant <input type="checkbox"/> Trachealkanüle/absaugen _____ x/d <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> urethral <input type="checkbox"/> SPK | <u>Benötigte Hilfsmittel:</u> <input type="checkbox"/> Gehstütze <input type="checkbox"/> Rollator <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Prothese <input type="checkbox"/> Fixateur <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Dekubitus Wo? _____ Spezialbett erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas (BMI _____) <input type="checkbox"/> Aggressive Phasen <input type="checkbox"/> Fixierung erforderlich <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Kognitive Störungen <input type="checkbox"/> Betreuung vorliegend/beantragt <input type="checkbox"/> Monitorpflichtig <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig Std./Tag _____ L/min _____ |
| <u>Isolation</u> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Befunddatum _____ <input type="checkbox"/> MRSA in <input type="checkbox"/> Na/Ra <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Bronchialsekret <input type="checkbox"/> Sanierungsstand _____ <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN gramnegativer Keim _____ <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> Clostridium difficile <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> sonstige Problemkeime _____ <input type="checkbox"/> Infektion | |
| <u>Begleiterkrankungen / Besonderheiten:</u> | |
| <u>Spezifische Therapien / Medikation:</u> | |
| Transportmittel: Geplanter Verlegungstag: | |

| Barthel-Index | >>>Richtige Punktzahl einkreisen/Datumsangabe >>> | bei Aufnahme | aktuell |
|---|--|------------------------------------|--------------------|
| Essen | Selbständig (benutzt Geschirr und Besteck) Braucht Unterstützung oder Anleitung (z.B. Schneiden) Nicht selbständig (auch wenn o.g. Hilfen gewährt werden) | 10 5 0 | 10 5 0 |
| Bett-/Rollstuhl-Transfer | Selbständig in allen Phasen (incl. Aufsitzen im Bett) Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung erforderlich Erhebliche Hilfe (Lagewechsel Liegen/Sitz selbständig) Nicht selbständig (auch wenn o.g. Hilfen gewährt werden) | 15 10 5 0 | 15 10 5 0 |
| Persönliche Pflege | Selbständig (wäscht Gesicht, kämmt rasiert sich, putzt Zähne) Nicht selbständig | 5 0 | 5 0 |
| Toilettengang | Selbständig (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Spülung) Braucht Hilfe (z.B. wegen Gleichgewicht/Kleidung/Reinigung) Nicht selbständig (auch wenn o.g. Hilfen gewährt werden) | 10 5 0 | 10 5 0 |
| Baden | Selbständig bei Baden/Duschen Mit Unterstützung bzw. nicht möglich | 5 0 | 5 0 |
| Bewegung auf ebenen Grund | Selbständig > 50 m , ggf. mit Hilfsmittel Mit geringer Hilfe oder Überwachung > 50 m Rollstuhlselfständigkeit > 50 m, Gehen nicht möglich Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren | 15 10 5 0 | 15 10 5 0 |
| Treppensteigen | Selbständig Hilfe oder Überwachung erforderlich Nicht selbständig | 10 5 0 | 10 5 0 |
| An-/Auskleiden | Selbständig (einschl. Schuhe binden, Knöpfe etc.) Hilfe erforderlich, jedoch > 50 % selbständig Nicht selbständig (< 50 %) | 10 5 0 | 10 5 0 |
| Stuhlkontinenz | Selbständig (ggf. incl. Hilfsmittel/abführenden Maßnahmen) Selten inkontinent – Hilfe bei Einläufen/Hilfsmitteln Häufiger/ständig inkontinent | 10 5 0 | 10 5 0 |
| Urinkontinenz | Selbständig (ggf. incl. Hilfsmittel) Selten inkontinent -- Hilfe bei Harnableitung Häufiger/ständig inkontinent | 10 5 0 | 10 5 0 |
| Barthel-Index (A) | | | |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. vegetative Krisen) | | - 50 | - 50 |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | | - 50 | - 50 |
| Intermittierende Beatmung | | - 50 | - 50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung | | - 50 | - 50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung | | - 50 | - 50 |
| Schwere Verständigungsstörung | | - 25 | - 25 |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | | - 50 | - 50 |
| Hedon Klinik, Hedonallee 1, 49811 Lingen Tel.: 0591-918-1101, Fax: 0591-918-18 E-Mail: info@hedon.mediclin.de Homepage: www.mediclin-hedon-klinik.de | | Früh-Reha-Index (B) | |
| | | Gesamt- Barthel-Index (A+B) | |

Anmeldung Weaning (Ergänzung zum Aufnahmebogen)**Beatmung:**Beatmet: Ja Nein

Seit wann? _____

Intubiert: Ja NeinTreacheotimiert: Ja NeinDilatationstracheotomie: Ja NeinPlastische Tracheotomie: Ja Nein**Beatmungseinstellungen:**

Modus _____

FiO2 _____ %

P.insp. _____

PEEP _____ mmHg

I/E _____

Frequenz _____

WeaninghindernisseCOPD Ja NeinPneumonie Ja NeinLungengerüsterkrankungen Ja NeinAndere: _____
(Kontrakindikation: NYHA III-IV, COPD III-IV)

Sedierung: _____

Analgesie: _____

Katecholamine: _____

TK

Größe, Char.: _____

Gefenstert? _____

Art der TK: _____

Art Zugang: _____