

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:

<p><u>Versorgung mit:</u></p> <p><input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> Spritzenpumpe <input type="checkbox"/> Infusionspumpe</p> <p><input type="checkbox"/> Parenterale Ernährung</p> <p><input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde</p> <p><input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> geplant</p> <p><input type="checkbox"/> Trachealkanüle/absaugen _____ x/d <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/> Blasenkatheter <input type="checkbox"/> urethral <input type="checkbox"/> SPK</p>	<p><u>Benötigte Hilfsmittel:</u></p> <p><input type="checkbox"/> Gehstütze</p> <p><input type="checkbox"/> Rollator</p> <p><input type="checkbox"/> Rollstuhl</p> <p><input type="checkbox"/> Prothese</p> <p><input type="checkbox"/> Fixateur</p>
---	--

<p>Isolation <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Befunddatum _____</p> <p><input type="checkbox"/> MRSA in <input type="checkbox"/> Na/Ra <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Bronchialsekret</p> <p><input type="checkbox"/> Sanierungsstand _____</p> <p><input type="checkbox"/> 3MRGN</p> <p><input type="checkbox"/> 4MRGN gramnegativer Keim _____</p> <p><input type="checkbox"/> VRE</p> <p><input type="checkbox"/> Clostridoides difficile</p> <p><input type="checkbox"/> ESBL</p> <p><input type="checkbox"/> sonstige Problemkeime _____</p> <p><input type="checkbox"/> Infektion</p>	<p><input type="checkbox"/> Dialyse</p> <p><input type="checkbox"/> Dekubitus Wo? _____</p> <p>Spezialbett erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas (_____ kg)</p> <p><input type="checkbox"/> Aggressive Phasen</p> <p><input type="checkbox"/> Fixierung erforderlich</p> <p><input type="checkbox"/> Weglauftendenz</p> <p><input type="checkbox"/> Kognitive Störungen</p> <p><input type="checkbox"/> Betreuung vorliegend/beantragt</p> <p>Pat. Verfügung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein</p> <p><input type="checkbox"/> Monitorpflichtig</p> <p><input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig Std./Tag _____</p> <p style="text-align: right;">L/min _____</p>
--	---

<p>Impfstatus</p> <p>Datum der Impfung:</p>	
--	--

Begleiterkrankungen / Besonderheiten:

.....

.....

.....

Spezifische Therapien / Medikation:

Transportmittel: **Geplanter Verlegungstag:**

Anmeldung Weaning (Ergänzung zum Aufnahmebogen)

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)	

Pat. Verfügung:

Liegt Pat. Verfügung vor ? Ja (Pat. Verfügung bitte in Kopie mitsenden) Nein

Beatmung:

Beatmet: Ja Nein

Seit wann? _____

Beatmungsstunden bislang: _____

Intubiert: Ja Nein

Treacheotomiert: Ja Nein

Dilatationstracheotomie: Ja Nein

Plastische Tracheotomie: Ja Nein

Beatmungseinstellungen:

Modus _____

FiO2 _____ %

P.insp. _____

PEEP _____ mmHg

I/E _____

Frequenz _____

Weaninghindernisse

COPD Ja Nein

Pneumonie Ja Nein

Lungengerüsterkrankungen Ja Nein

Andere: _____

(Kontraindikation: NYHA III-IV, COPD III-IV)

Sedierung: _____

Analgesie: _____

Katecholamine: _____

TK

Größe, Char.: _____

Gefenstert? _____

Art der TK: _____