

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:	
<u>Diagnosen:</u>	
<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
<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"/> Clostridoides difficile <input type="checkbox"/> ESBL <input type="checkbox"/> sonstige Problemkeime _____ <input type="checkbox"/> Infektion	<input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Dekubitus Wo? _____ Spezialbett erforderlich? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas (_____ kg) <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 Pat. Verfügung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Monitorpflichtig <input type="checkbox"/> Sauerstoffpflichtig Std./Tag _____ L/min _____
<u>Impfstatus</u> Datum der Impfung:	
<u>Begleiterkrankungen / Besonderheiten:</u>	
<u>Spezifische Therapien / Medikation:</u>	
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? _____
Beatmungstunden bislang: _____
Intubiert: Ja Nein
Treacheotimiert: 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: _____