

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation Phase B

Antrag senden an: 089/4562-3550 (Fax)

<p>Chefarzt Professor Dr. Martin Marziniak</p> <p>Oberarzt Christian Masinter</p> <p>Ansprechpartner: Herr Pügerl / Case Management Tel: 089/4562 – 43720 Fax: 089/4562 – 3550 E-Mail: alexander.puegerl@kbo.de</p> <hr/> <p>Patientendaten</p> <p>Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____ Straße _____ PLZ, Ort _____</p> <p>Angehörige (mit Telefonnummer) _____ _____ _____</p> <p>Betreuer (mit Telefonnummer) _____ _____ _____</p> <p>Kostenträger</p> <p>Name _____ Versicherungsnummer _____</p> <p>Zusatzversicherung Name _____ Versicherungsnummer _____</p> <p>Allgemeine Informationen</p> <p>Pflegegrad <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 <input type="radio"/> wurde beantragt</p> <p>Betreuung <input type="radio"/> besteht (s.o.) <input type="radio"/> wurde beantragt <input type="radio"/> wurde nicht beantragt</p>	<p>Diagnosen (u.a. Indikation zur neurolog. Frühreha)</p> <p>_____ _____ _____ _____</p> <p>Relevante Nebendiagnosen</p> <p>_____ _____ _____</p> <p>Akutmedizinische Informationen</p> <p><input type="radio"/> Bewusstseinszustand _____</p> <p><input type="radio"/> Paresen _____</p> <p><input type="radio"/> Trachealkanüle _____</p> <p><input type="radio"/> O2 – Bedarf l/h _____</p> <p><input type="radio"/> Spontanatmung seit _____</p> <p><input type="radio"/> Nasogastrale Sonde _____</p> <p><input type="radio"/> PEG/PEJ – Sonde _____</p> <p><input type="radio"/> Schluckstörung _____</p> <p><input type="radio"/> Kostform _____</p> <p><input type="radio"/> Blasendauerkatheter _____</p> <p><input type="radio"/> Suprapubischer Blasenkateter (PUFI) _____</p> <p><input type="radio"/> ZVK _____</p> <p><input type="radio"/> Dialysepflichtig _____</p> <p><input type="radio"/> i.v. – Antibiose: _____</p> <p>Infektionsstatus</p> <p>Isolationspflichtig: <input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 60%;"></th> <th style="width: 20%; text-align: center;">getestet</th> <th style="width: 20%; text-align: center;">nicht getestet</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="radio"/> MRSA</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> ESBL</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> VRE</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Noro</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> Clostridien</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> MRGN <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td><input type="radio"/> SARS-CoV2 RNA</td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="radio"/></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td style="padding-left: 20px;">- getestet am: _____</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		getestet	nicht getestet	<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> ESBL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> VRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Noro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Clostridien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> MRGN <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> SARS-CoV2 RNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	- positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/>			- getestet am: _____		
	getestet	nicht getestet																													
<input type="radio"/> MRSA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/> ESBL	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/> VRE	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/> Noro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/> Clostridien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/> MRGN <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
<input type="radio"/> SARS-CoV2 RNA	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>																													
- positiv <input type="radio"/> negativ <input type="radio"/>																															
- getestet am: _____																															

<p>Einweisende Klinik Name _____ Adresse _____ _____ Station _____ Ansprechpartner/Arzt _____ Telefonnummer _____</p> <p>Verlegung ab: _____</p>	<p>Ort, Datum, Unterschrift, Stempel</p>
--	--

FRÜHREHA-INDEX			
	nein	ja	(minus)Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtig	0	- 50	
Absaugpflichtig über Trachealkanüle/Tubus	0	- 50	
Intermittierende Beatmung	0	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0	- 50	
Schwere Verständigungsstörung	0	- 25	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	- 50	
	Summe Minus-Punkte: (max. minus 325)		

BARTHEL-INDEX			
	nicht möglich	mit Unterstützung	selbstständig
1) Essen und Trinken 10: <u>alles</u> selbständig; 5: vorbereitende Handlungen nötig <i>oder</i> NGS/PEG/PEJ	0	5	10
2) Mobilität Aufrichten in Sitz an Bettkante, Transfer Bettkante/Rollstuhl u. umgekehrt. 10: Aufsicht oder geringe (Laien)Hilfe; 5: erhebliche (geschulte) Hilfe	0	5 10	15
3) Persönl. Pflege Waschen (Hände/Gesicht), Kämmen, Rasieren, Zähneputzen. 5: <u>alles</u> ohne Aufsicht/Hilfe, vor- u. nachbereitende Handlungen selbständig	0	0	5
4) Benutzung der Toilette Aus-/Ankleiden, Körperreinigung, Spülung. 10: <u>alles</u> komplett selbständig; 5: Aufsicht oder Hilfe; 0: keine Benutzung Toilette	0	5	10
5) Baden / Duschen 5: Einsteigen/Verlassen + Reinigen + Abtrocknen selbständig ohne Aufsicht/Hilfe	0	0	5
6) Aufstehen und Gehen vom Sitzen in den Stand und Gehen mind. 50m. 15: ohne Aufsicht/personelle Hilfe, ggf. mit Stock/Gehhilfe (<u>kein</u> Rollator); 10: ohne Aufsicht/personelle Hilfe <u>mit</u> Rollator; 5: mit Hilfe <i>oder</i> selbständig Rollstuhl	0	5 10	15
7) Treppensteigen mind. 1 Stockwerk rauf und runter. 10: ohne Aufsicht/personelle Hilfe, Gehstütze erlaubt; 5: mit Aufsicht/Hilfe	0	5	10
8) An- <u>und</u> Auskleiden inkl. Knöpfe, (AT-)Strümpfe, Schuhe, Prothesen, Korsett. 10: komplett selbständig; 5: mind. Oberkörper	0	5	10
9) Stuhlkontrolle 10: kontinent; 5: max 1x/Woche inkontinent; 0: >1x/Woche inkontinent	0	5	10
10) Harnkontrolle 10: kontinent; 5: max 1x/d inkontinent <i>oder</i> BDK/PUFI; 0: >1x/d inkontinent	0	5	10
	Summe Punkte: (max. 100)		
GESAMTSUMME FRÜHREHA-BARTHEL-INDEX:			