|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmeldungsbogen****Neurologisch-Neurochirurgische** **Akut-Frührehabilitation der Phase B** |  | **RehaNova Köln gGmbH**Ostmerheimer Straße 200, 51109 KölnPatientenmanagementTel.: +49 221 2784-4004 oder 4005Fax: +49 221 2784-4143patientenmanagement@rehanova.de [www.rehanova.de](http://www.rehanova.de)  |
|  |

|  |
| --- |
| **Daten Zuweiser/Zuweiserin** |

|  |
| --- |
| **Gewünschter Verlegungstermin:**   |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|      Name (Krankenhaus) |       Abteilung  |       Station  |
|      Name (Behandelnde/r Ärztin/Arzt)  |      Tel.-Nr. |      Fax-Nr. |
|      Name [ ]  Sozialdienst[ ] Case Management |      Tel.-Nr.  |      Fax-Nr.  |

|  |
| --- |
| **Daten Patient/Patientin** |

|  |
| --- |
| **Pflegegrad:**  [ ] Nein[ ] Ja, welcher:  |
| **Angehörige/r/Kontaktperson:** [ ]  Nein[ ] Ja, bitte Benennung Name:      Telefon-Nr.:       |
| **Vorsorgevollmacht:** [ ]  Nein[ ]  **Ja** |
| **Betreuung:** [ ]  Nein[ ] Nein, aber beantragt am:        [ ] Ja, bitte BenennungName:      Telefon-Nr.:       |

|  |
| --- |
| **Patientenetikett****Name, Vorname****Geburtsdatum****Anschrift** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Geschlecht:** männlich[ ]  weiblich[ ]  divers[ ]   | **Körpergröße (cm):** | **Körpergewicht (kg):** |

|  |
| --- |
| **Chefarztbehandlung:** [ ] Nein[ ] Ja |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Versicherungsträger:**
 | **Versicherungsnummer:** |
| 1. **Versicherungsträger:**
 | **Versicherungsnummer:**  |

|  |
| --- |
| **Hauptdiagnose** |
|       |

|  |
| --- |
| **Nebendiagnosen** |
|       |

|  |
| --- |
| **Operationen / Komplikationen** |
| **Welche?** | **Wann?** |
|       |       |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Untersuchungsbefunde (z. B. CT, MRT-Schädel, MRT-WS, Rö-Thorax, Kontrolle Frakturen, OP-Bereiche)** |
|       |

|  |
| --- |
| **Zugänge** |
| [ ] ZVK | [ ] arteriell | [ ] Port | [ ]  **TK**mit Cuff | [ ]  **TK**ohne Cuff | [ ] AP | [ ] EVD | [ ] VP-Shunt | [ ] SPK | [ ] NGS | [ ] PEG | [ ] DK | [ ]  SPDK |

|  |
| --- |
| **Weitere Drainagen:**       |

|  |
| --- |
| **Atmung / Beatmung** |
| spontan | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, seit wann:       |
| Sauerstoffgabe | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, seit wann und wie viel in l/min:       |
| Tracheostoma | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, seit wann und welcher Kanülentyp:       |
| Überwachungs- u. monitorpflichtig | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, seit wann:       |
| Maschinell unterstützte Beatmung | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, seit wann und aktuelle Einstellung:       |
| Kontrollierte Beatmung | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, seit wann und aktuelle Einstellung:       |
| Weaning-Hindernisse | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, welche:       |

|  |
| --- |
| **Dialysepflicht** |
| **Dialyse** | [ ] Ja | [ ] Nein | Einnahme von besonderen Medikamenten:       |
| **Dialyserhythmus** | [ ] Mo | [ ] Di | [ ] Mi | [ ] Do | [ ] Fr | [ ] Sa | [ ] So | Sonstiges:  |

|  |
| --- |
| **Wunden / Dekubiti (falls vorliegend, bitte Wunddokumentation als Fax oder per E-Mail senden)** |
| **Wunden** | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, wo:       |
| **Dekubiti** | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, wo:      Grad:       |
| **VAC** | [ ] Ja | [ ] Nein | Informationen:       |

|  |
| --- |
| **Keimbesiedlung** |
| **3-MRGN** | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, welcher Keim:      | Welche Region:      | Seit wann:      |
| **4-MRGN** | [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, welcher Keim:      | Welche Region:      | Seit wann:      |
| **MRSA** | [ ] Ja | [ ] Nein |  | Welche Region:      | Seit wann:      |
| **Clostr. Diff.** | [ ] Ja | [ ] Nein |  | Welche Region:      | Seit wann:      |
| **VRE** | [ ] Ja | [ ] Nein |  | Welche Region:      | Seit wann:      |
| **Weitere Informationen:**  |

|  |
| --- |
| **Vorliegender Infekt (Bei vorliegendem Infekt bitte aktuelles Labor beifügen)** |
| [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, welcher:       | Seit wann:      |
| [ ] Ja | [ ] Nein | Wenn Ja, welcher:       | Seit wann:      |

|  |
| --- |
| **Aktuelle Medikation (bitte möglichst vollständig) oder Medikamentenplan beifügen** |
|       | [ ] oral[ ] intravenös |
|       | [ ] oral[ ] intravenös |
|       | [ ] oral[ ] intravenös |
|        | [ ] oral[ ] intravenös |
|       | [ ] oral[ ] intravenös |
|       | [ ] oral[ ] intravenös |

|  |
| --- |
| **Fixierungen** |
| **notwendig** | [ ] Ja | [ ] Nein | Evtl. Informationen:       |
| **Genehmigung beantragt?** | [ ] Ja | [ ] Nein | Evtl. Informationen:       |
| **Genehmigung liegt vor?** | [ ] Ja | [ ] Nein | Evtl. Informationen:       |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Frühreha-Index (FR-Index)** | **Nein** | **Ja** | **Punkte** |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand  | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |       |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma  | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |       |
| Intermittierende Beatmung  | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |       |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)  | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |       |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)  | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |       |
| Schwere Verständigungsstörung  | 0 [ ]  | - 25 [ ]  |       |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung  | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |       |
| **Summe Frühreha-Bartel-Index** |       |

|  |
| --- |
| **Barthel-Index** |
| **Essen** |
| * komplett selbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung/-Versorgung
 | 10 [ ]  |
| * Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
 | 5 [ ]  |
| * kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
 | 0 [ ]  |
| **Aufsetzen und Umsetzen**  |
| * komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
 | 15 [ ]  |
| * Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
 | 10 [ ]  |
| * erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
 | 5 [ ]  |
| * wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
 | 0 [ ]  |
| **Sich waschen** |
| vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren  | 5 [ ]  |
| erfüllt „5" nicht  | 0 [ ]  |
| **Toilettenbenutzung** |
| vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung  | 10 [ ]  |
| vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich  | 5 [ ]  |
| benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl  | 0 [ ]  |
| **Baden/Duschen** |
| selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen  | 5 [ ]  |
| erfüllt „5" nicht  | 0 [ ]  |
| **Aufstehen und Gehen** |
| ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen u. mind. 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen  | 15 [ ]  |
| ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen  | 10 [ ]  |
| mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen u. Strecken bewältigen alternativ: komplett selbstständig im Rollstuhl  | 5 [ ]  |
| erfüllt „5" nicht  | 0 [ ]  |
| **Treppensteigen** |
| ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen  | 10 [ ]  |
| mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter  | 5 [ ]  |
| erfüllt „5" nicht  | 0 [ ]  |
| **An- und Auskleiden** |
| zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z. B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus  | 10 [ ]  |
| kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind  | 5 [ ]  |
| erfüllt „5" nicht  | 0 [ ]  |
| **Stuhlinkontinenz** |
| ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung  | 10 [ ]  |
| ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung  | 5 [ ]  |
| ist durchschnittlich mehr als 1x//Woche stuhlinkontinent  | 0 [ ]  |
| **Harninkontinenz** |
| ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)  | 10 [ ]  |
| kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems  | 5 [ ]  |
| ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent  | 0 [ ]  |
| **Summe Barthel-Index** |       |
| **Summe Frühreha-Index + Barthel-Index** |       |