|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Anmeldungsbogen**  **Neurologisch-Neurochirurgische**  **Akut-Frührehabilitation der Phase B** |  | **RehaNova Köln gGmbH**  Ostmerheimer Straße 200, 51109 Köln  Patientenmanagement  Tel.: +49 221 2784-4004 oder 4005  Fax: +49 221 2784-4143  [patientenmanagement@rehanova.de](mailto:patientenmanagement@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  SozialdienstCase Management | Tel.-Nr. | Fax-Nr. |

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **Chefarztbehandlung:** NeinJa |

|  |  |
| --- | --- |
| 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** | |
|  | oralintravenös |
|  | oralintravenös |
|  | oralintravenös |
|  | oralintravenös |
|  | oralintravenös |
|  | oralintravenös |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  |