



Chefarzt Prof. Dr. Robert Voswinckel
Leitende Ärztin Felicitas Fischer-Schroeder
Tel.: 06031 89-3709
Fax: 06031 89-3705

Anmeldung

PNEUMOLOGISCHE FRÜHREHABILITATION

Patientenaufkleber

Größe: _____ cm Gewicht: _____ kg

Stempel anmeldende Klinik:

Station: _____

Telefon: _____

Zuständige/r Ärztin / Arzt: _____ Telefon: _____

Gewünschter Aufnahmetag: _____

Privat

Einbett

Zweibett

Zur Beatmung führende Grunderkrankung:

Relevante Nebendiagnosen:

Dialyse: nein ja **Dialysetage:** _____

Neurologische Ausfälle:

Wie lange wurde der Patient beatmet? von: _____ bis: _____

Tracheotomie: nein ja, am _____ Punktionstracheotomie

chirurgisch

Ist das Tracheostoma zwischenzeitlich wieder verschlossen? ja nein

Beatmung aktuell: nein ja → invasiv nicht-invasiv

Beatmungsgerät: leihweise verordnet

Sauerstoffbedarf: _____ l/min

Letzte Blutgasanalyse ohne / mit Sauerstoff:

ohne O₂: Datum _____ pO₂ ___ mmHg, pCO₂ ___ mmHg, pH___ HCO₃ _____

mit O₂: l/min O₂: Datum _____ pO₂ ___ mmHg, pCO₂ ___ mmHg, pH___ HCO₃ _____

Bitte vermitteln Sie uns in Stichwörtern die aktuelle Befindlichkeit des Patienten

Herzinsuffizienz NYHA I-II III IV

Vigilanz: agitiert ruhig und wach sediert aber erweckbar tief sediert

Mobilität (Assessments s. Anlage): Barthel _____ Früh-Reha-Barthel: minus _____

Ernährung: oral Magensonde PEG intravenös

Pflegesituation / Mobilisation:

- voll pflegebedürftig teilweise pflegebedürftig
- selbstständige Nahrungsaufnahme
- Sitzen auf Bettkante mit Hilfe
- selbstständiges Sitzen auf Bettkante / Rumpfkontrolle
- Stehen mit Hilfe vor dem Bett

Relevante Keime:

- MRSA 3- MRGN 4-MRGN VRE ESBL
- C. difficile Covid 19 andere

Um Verzögerungen der Übernahme zu vermeiden, bitten wir um aktuelle Abstriche von Nase, Rachen, Trachealsekret. Keimnachweise sind kein Übernahmehindernis!

Antibiotikahistorie (Präparate / Dauer):

Anmerkung:

Datum, Unterschrift

Bitte informieren Sie uns umgehend sollte sich Ihr Verlegungswunsch ändern.

Bitte per Fax an 06031 893705

A) FR-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veget. Krisen)	Ja <input type="checkbox"/> - 50 Nein <input type="checkbox"/> 0
absaugpflichtiges Trachestoma	Ja <input type="checkbox"/> - 50 Nein <input type="checkbox"/> 0
intermitt. Beatmung	Ja <input type="checkbox"/> - 50 Nein <input type="checkbox"/> 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja <input type="checkbox"/> - 50 Nein <input type="checkbox"/> 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	Ja <input type="checkbox"/> - 50 Nein <input type="checkbox"/> 0
schwere Verständigungsstörung	Ja <input type="checkbox"/> - 25 Nein <input type="checkbox"/> 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja <input type="checkbox"/> - 50 Nein <input type="checkbox"/> 0

B) Barthel-Index

ESSEN	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
BETT-(ROLLSTUHL-) TRANSFER	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	<input type="checkbox"/> 10
	Erhebliche Hilfen beim Transfer, Lagewechsel, Liegen / Sitz selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
WASCHEN	Unabhängig beim Waschen von Gesicht + Händen, beim Kämmen + Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
TOILETTENBENUTZUNG	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts (An-/Ausziehen) oder bei der Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
BADEN	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
GEHEN AUF FLUR-EBENE BZW. ROLLSTUHLFAHREN	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfen oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig b	<input type="checkbox"/> 5
		<input type="checkbox"/> 0
TREPPENSTEIGEN	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
AN- UND AUSKLEIDEN	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbstständig durchführen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
STUHLKONTROLLE	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Gelegentlich inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger / ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
URINKONTROLLE	Ständig kontinent ggf. bei Versorgung eines DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger / ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0

Name: _____
Vorname: _____
Geb.-Datum: _____

Summe FR-Index (A):

Summe Barthelindex (B):

Frühreha-Barthel-Index (A+B):

Bitte per Fax an 06031 893705