

Anmeldeformular

| | | |
|---|---------------|---|
| Name, Vorname: | Anmeldedatum: | m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/> |
| Anschrift: | Geb. Datum: | |
| Anmeldende Klinik: | | |
| Ärztlicher Ansprechpartner: | Telefon: | |
| Ansprechpartner Sozialdienst: | Telefon: | |
| Kostenträger: | Vers. Nummer: | |
| Betreuung vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beantwortet: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | | |
| Betreuer: | | |
| Einverständnis des Patienten bzw. Betreuers zur Verlegung liegt vor? Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/> | | |
| Rehabilitationsdiagnose (evtl. Epikrise) CIM/CIP <input type="checkbox"/> ; Hypoxie <input type="checkbox"/> ; Stroke <input type="checkbox"/> ; Andere:..... | | |
| Relevante Zusatzdiagnosen: | | |

| Frührehabilitations-Index | Ja | Nein |
|--|------------------------------|----------------------------|
| 1. Beatmung (invasiv) | -50 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 1.1 Nichtinvasive Ventilation (NIV) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 1.2 Sauerstoffzufuhr: l/min | | |
| 2. absaugpflichtiges Tracheostoma | -50 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 3. intensivmedizinischer überwachungspflichtiger Zustand | -50 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 4. beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung | -50 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 5. beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung | -50 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 6. schwere Verständnisstörung | -25 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| 7. beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | -50 <input type="checkbox"/> | 0 <input type="checkbox"/> |
| Gesamt: | | |
| Besonderheiten: | Ja | Nein |
| 8. Gewicht.....kg / Größe.....cm | | |
| 9. Dialyse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9a. 2-lumiger Zugang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9b. punktabler Shunt | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Dekubitus | | |
| Grad 3 o. 4 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Grad 1 o. 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Katecholamine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

| Barthel Index | | |
|--|--|---------------|
| 1. Essen, Trinken | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 10 |
| 2. Mobilität Umsteigen von Rollstuhl auf Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett) | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 15 |
| 3. Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren) | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 0 5 |
| 4. Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung) | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 10 |
| 5. Baden, Duschen | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 0 5 |
| 6. Gehen auf ebenem Untergrund | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 10 15 |
| 6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, wenn Item 6 „nicht möglich“ ausgewählt wurde) | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 0 5 |
| 7. Treppen auf-/absteigen | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 10 |
| 8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen) | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 10 |
| 9. Stuhlkontrolle | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 10 |
| 10. Harnkontrolle | nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig | 0 5 10 |
| Gesamt: | | |

| | |
|--|---|
| Isolationspflichtige Keime: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> | Aktuelle Atemwegssymptomatik: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? <input type="checkbox"/> | Covid od. Influenzatestung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> |
| Transplantation? <input type="checkbox"/> | Immunsuppression? <input type="checkbox"/> |
| VAC-Verband? <input type="checkbox"/> | Drainage? <input type="checkbox"/> |
| Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation): | |
| Gewünschter Übernahmetermin: | |

Aktuelle MRE-Befunde sind möglichst inkl. Resistogramm als Anlage mitzusenden sowie den Verlegungsbericht!