

Anmeldeformular

Akutklinik für Frührehabilitation und
interdisziplinäres Rehabilitationszentrum

Wittgensteiner Platz 1 • 19067 Leezen
Aufnahme/ Administration
Tel/Fax +49 3866 60-1033/ 60-1558
aufnahme.leezen@helios-gesundheit.de
www.helios-gesundheit.de/leezen

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 Verständigungsstörung	-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"/>		
MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? <input type="checkbox"/>		
Transplantation? <input type="checkbox"/>	Immunsuppression? <input type="checkbox"/>	Corona Status Abstrich <input type="checkbox"/> ja, Datum..... <input type="checkbox"/> nein Ergebnis: <input type="checkbox"/> pos. <input type="checkbox"/> neg.
VAC-Verband? <input type="checkbox"/>	Drainage? <input type="checkbox"/>	
Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):		
Gewünschter Übernahmetermi:		

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

Patientenaufkleber

verlegende Klinik – Stempel:

Station: _____

1. Laborbestätigte COVID-19-Erkrankung		
Aktive Erkrankung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Symptome seit	Datum:	
Laborbefund	Datum:	
Ergebnis (<i>Befund zusenden !</i>)	Pos <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>
Abgelaufene Erkrankung bestätigt durch:	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
2 <u>negative</u> PCR-Tests auf SARS-CoV-2 im Abstand von 24 Stunden (oropharyngeal, ggf. in Kombi mit Trachealsekret / BAL)	1. am: 2. am:	
Symptomfreiheit (auf COVID bezogen) seit mind. 48 Stunden bei Gesamtzeit nach Erkrankungsbeginn von mind. 14 Tagen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>

2. Verdacht auf eine COVID-19-Erkrankung (siehe RKI-Definition)		
Test auf SARS-CoV-2 etwa 48 Stunden vor geplanter Verlegung (<i>1 Screening ist erforderlich</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergebnis (<i>Befund zusenden !</i>)	Pos <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>

3. Kontakt zu bestätigtem Fall (Patient / Mitarbeiter) während des Klinikaufenthaltes		
letzte mögliche Exposition	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Test auf SARS-CoV-2 etwa 48 Stunden vor geplanter Verlegung (<i>1 Screening ist erforderlich</i>)	Datum:	
Ergebnis (<i>Befund zusenden !</i>)	pos <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>

4. auf Station werden COVID-Patienten betreut		
Test auf SARS-CoV-2 etwa 48 Stunden vor geplanter Verlegung (<i>1 Screening ist erforderlich</i>)	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>
Ergebnis (<i>Befund zusenden !</i>)	Pos <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>

5. Kein Verdacht, kein Kontakt		
Test auf SARS-CoV-2 etwa 48 Stunden vor geplanter Verlegung (<i>1 Screening ist erforderlich</i>)	Datum:	
Ergebnis (<i>Befund zusenden !</i>)	Pos <input type="checkbox"/>	Neg <input type="checkbox"/>

Alle vorhandenen Befunde werden als Anlage mitgeschickt/ vor Verlegung des Patienten an die Helios Klinik Leezen zugesandt.

Datum, Unterschrift beh. Arzt