

Zuweiserverdaten

Klinik/Abteilung
.....
.....
Sozialdienst
(Name/Tel./Fax)
.....
.....
Station
(Name/Tel./Fax)
.....
.....
Behandelnder Arzt
(Name/Tel.)
.....
.....

Patientendaten

Name, Vorname
.....
geb.
.....
bisheriger
Wohnort
.....
Angehörige
(Name/Tel./E-Mail)
.....
Bish. Versorgung
(ambulante/statio-
näre Pflege, PG)
.....
Kostenträger (KK,
CA-Behandlung,
Wahlleistung)
.....
Vorsorgevollmacht,
Betreuung:
.....

Aktueller klinischer Zustand

Neurologische
Hauptdiagnose
.....
.....
Erkrankungsbeginn
.....
Bisherige Maßnahmen
(op./konserv.)
.....
.....
Relevante
Nebendiagnosen
.....
.....
Gewicht
.....
 Dialysepflichtigkeit

Ernährung

- selbständig oral mit Hilfestellung
 Sondenkost parenteral

aktuelle Isolationspflichtigkeit

MRSA, 3-MRGN, 4-MRGN, SARS-CoV-2,
Clostridium diff., VRE

Entzündungssituation am:

Antibiотische Therapie:

Leukozyten: CRP :

Körpertemperatur:

Atmungssituation

- spontan
 Sauerstoffgabe
 maschinelle Unterstützung [Art]

Zugänge

- ZVK arterieller Zugang
 Port DK SPDK
 Trachealkanüle [chirurgisch/dilatativ]
 PEG/PEJ nasogastrale
Sonde

- Thoraxdrainage
 anderes
 Stoma

Mobilität

- bettlägerig Bettkante
 Stand freies Gehen

Quantitative Bewusstseinslage

- wach somnolent
 soporös komatös

Qualitative Bewusstseinslage

- psychomotorische Störung
 Wahrnehmungsstörung
 affektive Störung
 mechanische Begrenzung
notwendig?

Neurologisches Syndrom

- Hemisymptomatik
 Paraparese
 Tetraparese
 Aphasie
 Dysarthrie
 Dysphagie
 Neglect

Akutmedizinischer Handlungsbedarf:

- Notwendigkeit parenteraler Ernährung, kontinuierlicher/intermittierender i.v. Medikamentengabe, Bilanzierung
- Notwendigkeit der engmaschigen Kontrolle der Vitalparameter (mindestens alle 4 Stunden)
- Absaugpflichtiges Tracheostoma
- Entwöhnung nasogastrale Sonde oder PEG oder oraler Kostaufbau bei beaufsichtigungspflichtiger Dysphagie mit Aspirationsgefahr
- Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Gefährdungsaspekten aufgrund der erworbenen Hirnschädigung, intermittierende Verwirrheitszustände oder plötzliche Bewusstseinsstörungen
- Nicht abgeschlossene Diagnostik
- Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring
- Beatmungsnotwendigkeit
- Notwendigkeit von Hämofiltrationsverfahren
- Kontinuierlicher Katecholaminbedarf
- Floride Sepsis
- Externe Ventrikel- oder andere Liquordrainage
- Akute schwerwiegende Organerkrankungen unabhängig von der neurologischen Hauptdiagnose

Erhebungsdatum

Verlegungsfähig ab

Name des Antragstellers

.....

.....
Unterschrift

Kontakt:

Rhein-Maas Klinikum GmbH
Klinik für Neurologie - Neurologische Frührehabilitation
Mauerfeldchen 25
52146 Würselen

Fax: 02405 62-1509

Frühreha- & Barthel-Index (FRB)

intensivmedizinisch überwachungspflichtig	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
intermittierende Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (verwirrt)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen-/Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-25 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
		Σ

Essen	komplett selbständig oder selbständige PEG-Nutzung Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung kein selbständiges Einnehmen (inklusive MS/PEG-Ernährung, Anreichen)	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Aufsetzen & Umsetzen	komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück Aufsicht oder geringe Hilfe erhebliche professionelle Hilfe wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Persönliche Körperpflege	unabhängig bei Händen & Gesicht inkl. Zähneputzen, Rasieren, Frisieren erfüllt Vorgenanntes nicht	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	unabhängig in allen Phasen inkl. Spülung/Reinigung benötigt Hilfe (Gleichgewicht, Kleidung, Reinigung) benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Baden/Duschen	selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg erfüllt Vorgenanntes nicht	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Gehen auf ebenem Untergrund/ Rollstuhlfahren	unabhängig mind. 50 m, Hilfsmittel erlaubt (kein Gehwagen) geringe Hilfe oder Aufsicht mind. 50 m (auch mit Gehwagen) kein selbständiges Gehen, komplett selbständig mit Rollstuhl mind. 50 m erfüllt Vorgenanntes nicht	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe mindestens ein Stockwerk mit Aufsicht oder Laienhilfe mehrere Stufen hinauf und hinunter erfüllt Vorgenanntes nicht	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	unabhängig beim An- und Ausziehen (inkl. ATS, etc.) in angemessener Zeit benötigt Hilfe, kleidet mindestens 50 % an und aus erfüllt Vorgenanntes nicht	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontinenz	ist ständig kontinent, ggf. AP-Versorgung ist kontinent, maximal 1x/Woche inkontinent ist häufig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Harnkontinenz	ist ständig kontinent, versorgt ggf. DK komplett selbst kompensiert Inkontinenz, benötigt Hilfe bei DK-Versorgung ist mehr als 1x/Tag harninkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
		Σ