

# ANMELDEBOGEN FÜR ZUWEISER

## Fachübergreifende und neurologische Frührehabilitation

**Leitender Chefarzt:** PD Dr. med. Lars Wojtecki, E-Mail: neurologie-kem@krankenhaus-kempen.de

**Sekretariat:** Frau Gabriele Artz, Tel.: 02152 142-150, **Fax:** 02152 142-157

### Zuweiserverdaten

#### Gewünschter Verlegungstermin:

Behandelnder Arzt

Name

Telefon

Station/Pflege

Name

Telefon

Sozialdienst

Name

Telefon

Stempel

### Patientendaten

Angehörige:

Name

Telefon

Vorsorgevollmacht/Betreuung:

Nein

Ja

Name

Telefon

Pflegestufe:

Nein

Ja

1

2

3

Kostenträger:

Name

Chefarzt: 1 Bett

2 Bett

Patientenetikett

### Diagnosen

1

2

3

4

### Klinischer Zustand

**Vigilanz:** agitiert    ruhig    wach    ansprechbar    somnolent    soporös    komatös

#### Syndrom:

Hemiparese

Paraparese

Tetraparese

Dysphagie

Aphasie

Dysarthrie

Neglect

Delir

#### Mobilitätsgrad:

Bettlägerig

Bettkante

Mobi-Stuhl

Stand

mit Hilfe

frei

Gehfähig

mit Hilfsperson

Gehstützen

Rollator

Welche Hilfsmittel sind vorhanden?

**Ernährung:** normal

passierte/flüssige Kost

Sondenkost

parenteral



**Atmung**

- Nein Ja spontan, ggf. Sauerstoffgabe .....l/min.
- Nein Ja Tracheostoma (chirurgisch/dilatativ/Sprechventil)
- Nein Ja überwachungs-/monitorpflichtig
- Nein Ja maschinell unterstützt / Heimbeatmungsgerät

**Zugänge**

ZVK PEG MS DK SPDK Drainagen:

**Wunden**

Wunden: Nein Ja Dekubitus: Nein Ja

Bei Vorhandensein von Wunden oder Dekubitus bitte Wunddokumentation als Fax-Anlage beifügen!

**Keimbesiedlung**

MRSA Nein Ja 3-MRGN Nein Ja Keim:  
 Clostr. diff. Nein Ja 4-MRGN Nein Ja Keim:  
 Oder andere: Nein Ja Wenn ja, welche?

Getestet	Positiv	Negativ	Datum		Positiv	Negativ	Datum
Nase				Perianal			
Rachen				Wunde			
Leiste				Axilla			

**Aktuelle Medikation** (bitte möglichst vollständig):

- oral i. v.

alternativ: gedruckter Medikamentenplan als Fax-Anlage

**Akutmedizinischer Behandlungsbedarf**

I.1.	Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring - das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden	Nein	Ja
I.2.	Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i.v. Medikamentengabe oder parenteraler Ernährung	Nein	Ja
I.3.	Notwendigkeit der engmaschigen (mind. alle 4 Stunden) Kontrolle der Vitalparameter	Nein	Ja
I.4.	Infektion mit Temperaturerhöhung >38°C	Nein	Ja
I.5.	Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung	Nein	Ja
I.6.	Abtrainieren vom Tracheostoma	Nein	Ja
I.7.	Absaugpflichtiges Tracheostoma	Nein	Ja
I.8.	Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei beaufsichtigungspflichtiger Dysphagie mit Aspirationsgefahr – diese wird in einer 1:1 Situation durch erfahrenes Personal beurteilt	Nein	Ja
I.9.	Vegetative Instabilität (z.B. cerebrales Erbrechen, zentrale Hyperthermie, Tachypnoe in Ruhe >30/min., Tachykardie in Ruhe > 130/min., profuses Schwitzen In Ruhe > 2 l/24h = Bilanzierung erforderlich)	Nein	Ja
I.10.	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- (insbesondere bei fehlendem Knochendeckel) und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens	Nein	Ja
I.11.	Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z.B. Redression, intensivierter Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofen-Pumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie)	Nein	Ja
I.12.	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrtheitszustand	Nein	Ja
I.13.	Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofen-Pumpeneinstellung	Nein	Ja
I.14.	Vorhandensein von ZVK, EVD, Thoraxdrainage, Spüldrainagen	Nein	Ja
II.1.	BI (nach dem Hamburger Manual) <35 Pkt. = impliziert eine hohe Pflegeintensität	Nein	Ja
II.2.	Maßgebliche medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)	Nein	Ja
II.3.	Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung	Nein	Ja
II.4.	Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht	Nein	Ja
II.5.	Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (min. 3 Untersuchungs-Verfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)	Nein	Ja
II.6.	Schwere Verständigungsstörung mit intensivem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf	Nein	Ja
II.7.	Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage/ -verschluss / -erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage, etc.)	Nein	Ja
II.8.	Belastungsinstabile Frakturen	Nein	Ja
II.9.	Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit min. 2 x pro Woche Laborkontrolle	Nein	Ja
III.1.	Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung	Nein	Ja
III.2.	Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung	Nein	Ja
III.3.	Patient hat spastischen Schub	Nein	Ja

## Frühreha-Index nach Schönle (FRI):

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)	Ja	-50
	Nein	0
absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	-50
	Nein	0
intermitt. Beatmung	Ja	-50
	Nein	0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja	-50
	Nein	0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	Ja	-50
	Nein	0
schwere Verständigungsstörungen	Ja	-25
	Nein	0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja	-50
	Nein	0

## Barthel-Index (BI):

<b>Essen</b>	Komplett selbständig <u>oder</u> selbständig über MS/PEG	10
	Hilfe bei der Vorbereitung <u>oder</u> Hilfe bei Ernährung über MS/PEG	5
	Nicht selbständig <u>und keine</u> MS/PEG (Pt. wird gefüttert)	0
<b>Aufsetzen/ Umsetzen</b>	Transferiert sich selbständig aus liegender Position in Stuhl/Rollstuhl und zurück	15
	Transferiert sich wie oben, aber nur mit geringer Hilfe bzw. unter Aufsicht	10
	Transferiert sich wie oben, aber nur mit erheblicher Hilfe	5
	Patient wird aufgrund seiner Befindlichkeit nicht auf dem Bett transferiert	0
<b>Sich Waschen</b>	Vor Ort selbständig incl. Notwendiger Vor- und Nachsorge	5
	Erfüllt die Kriterien für ,5' nicht	0
<b>Toiletten- benutzung</b>	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette/Toilettenstuhl incl. Spülung/Reinigung	10
	Nutzung von Toilette/Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung mit Hilfe	5
	Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
<b>Baden/Duschen</b>	Selbständig Vollbad/Duschbad incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
	Erfüllt die Kriterien für ,5' nicht	0
<b>Aufstehen und Gehen</b>	Ohne Hilfe/Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50 m <u>ohne</u> Gehwagen selbständig gehen	15
	Ohne Hilfe/Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50 m <u>mit</u> einem Gehwagen selbständig gehen	10
	Ggf. mit Laienhilfe/Gehwagen in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen	5
	<u>oder</u> selbständig Rollstuhl	
	Erfüllt die Kriterien für ,5' nicht	0
<b>Treppensteigen</b>	Steigt ohne Aufsicht oder Hilfe Treppen über mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	10
	Steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5
	Erfüllt die Kriterien für ,5' nicht	0
<b>An- und Auskleiden</b>	Zieht sich in angemessener Zeit Tageskleidung/Schuhe/Hilfsmittel selbständig an und aus	10
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus	5
	Erfüllt die Kriterien für ,5' nicht	0
<b>Stuhlkontrolle</b>	Ist stuhlinkontinent oder ggf. selbständig bei Abführmaßnahmen und Anus praeter-Versorgung	10
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe beim Abführen/ AP-Versorgung	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
<b>Harnkontrolle</b>	Ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert Harninkontinenz/versorgt DK komplett selbständig	10
	Kompensiert Harninkontinenz selbständig mit überwiegendem Erfolg (Einnässen $\leq 1x/Tag$ ) <u>oder</u> benötigt Hilfe	5
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0

Name (bitte in Druckbuchstaben)

Telefon

Datum

Unterschrift