

Fragebogen für Patienten zur Aufnahme Neurorehabilitation Phase B / C

Phase B ohne Beatmung

Phase C

Phase B mit Beatmung/Beatmungsentwöhnung

Geriatrie

Patientendaten *	Kostenträger *
Name _____	Name: _____
Vorname _____	_____
Geb.Datum _____	Sitz: _____
Straße _____	Anmerkungen: _____
PLZ, Ort _____	_____
Tel.-Nr. _____	Selbstzahler: _____
* alternativ Aufkleber	

Diagnose(n) mit Datum :

(Bitte Angabe aller medizinisch relevanten Haupt- und Nebendiagnosen!)

(kann auch als Ausdruck beigefügt werden)	Wenn Infektionsstatus <input type="checkbox"/> pos bitte ausfüllen ↓																		
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">4MRGN <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">3MRGN <input type="checkbox"/></td> <td style="width: 33%;">MRSA <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Klebsiella <input type="checkbox"/></td> <td>Serratia m. <input type="checkbox"/></td> <td>A.baumannii <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>E.coli <input type="checkbox"/></td> <td>Enterobacter <input type="checkbox"/></td> <td>Pseudomonas <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> </td> </tr> <tr> <td>..... <input type="checkbox"/></td> <td>Noro <input type="checkbox"/></td> <td>CD <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VRE <input type="checkbox"/></td> <td>HIV <input type="checkbox"/></td> <td>Hepatitis <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	4MRGN <input type="checkbox"/>	3MRGN <input type="checkbox"/>	MRSA <input type="checkbox"/>	Klebsiella <input type="checkbox"/>	Serratia m. <input type="checkbox"/>	A.baumannii <input type="checkbox"/>	E.coli <input type="checkbox"/>	Enterobacter <input type="checkbox"/>	Pseudomonas <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Noro <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>	VRE <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>
4MRGN <input type="checkbox"/>	3MRGN <input type="checkbox"/>	MRSA <input type="checkbox"/>																	
Klebsiella <input type="checkbox"/>	Serratia m. <input type="checkbox"/>	A.baumannii <input type="checkbox"/>																	
E.coli <input type="checkbox"/>	Enterobacter <input type="checkbox"/>	Pseudomonas <input type="checkbox"/>																	
<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/>																			
..... <input type="checkbox"/>	Noro <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>																	
VRE <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>																	

Aktuelle Medikamente:

Antibiotika (letzte 6 Monate)

(kann auch als Ausdruck beigefügt werden)	(kann auch als Ausdruck beigefügt werden)
---	---

Funktionsstörungen und Hilfsmittel

- Hemiparese Tetraparese
- Aphasie / Kommunikationsstörung
- Schluckstörung Ernährung parenteral oral
- Erblindung
- Rollstuhl Rollator
- Dekubitus, chronische Wunden Adipositas >150kgKG
- Frakturen / Fixateur externe
- Lokalisation: _____ übungstabil ja nein

Angehörige / Betreuer

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Tel.-Nr. _____

Einweisender Arzt / einweisende Institution

Name _____
 Straße _____
 PLZ, Ort _____
 Tel.-Nr. _____

erfolgte eine Mehrfachanmeldung?

- Ja, Anzahl: _____ Nein

Wichtige medizinische Prozeduren

- Trachealkanüle
- Sauerstoff-Bedarf / O2-Zufuhr notwendig
- zentraler Venenkatheter ZVK
- nasogastrale Sonde PEG PEJ
- Stoma:
- transurethraler Blasendauerkatheter
- suprapubischer Blasendauerkatheter
- Dialyse notwendig**

Pflegegrad vorbestehend:

- 1 2 3 4 5 keiner

Bitte unbedingt den Frühreha-Barthel-Index auf der Rückseite ausfüllen und die Telefonnummer angeben, vielen Dank!

Datum, Unterschrift _____

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

BA_FB_2017.B.C.01.doc

Frühreha-Index FRI

	Datum:				
1. Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	ja	- 50			
	nein	0			
2. Absaugpflichtiges Tracheostoma	ja	- 50			
	nein	0			
3. Intermittierende Beatmung <input type="checkbox"/> nicht invasiv <input type="checkbox"/> invasiv	ja	- 50			
	nein	0			
4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung: <input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung <input type="checkbox"/> geschlossene Unterbringung	ja	- 50			
	nein	0			
5. Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung: <input type="checkbox"/> Fixierungsbedarf	ja	- 50			
	nein	0			
6. Schwere Verständigungsstörung	ja	- 25			
	nein	0			
7. Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	ja	- 50			
	nein	0			
Σ Pkt. 1 - 7		-			

Barthel-Index BI (gemäß Hamburger Manual)

8. Essen & Trinken	nicht möglich / Ø PEG	0			
	mit Unterstützung / PEG	5			
	komplett selbständig	10			
9. Aufsetzen & Umsetzen	nicht möglich	0			
	erhebliche Hilfe	5			
	geringe Hilfe	10			
	komplett selbständig	15			
10. sich Waschen	nicht möglich	0			
	komplett selbständig	5			
11. Toilettenbenutzung	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	komplett selbständig	10			
12. Baden & Duschen	nicht möglich	0			
	komplett selbständig	5			
13. Aufstehen & Gehen	nicht möglich	0			
	mit Rollstuhl selbständig	5			
	mit Hilfsmittel 50m	10			
	komplett selbständig	15			
14. Treppen auf- und absteigen	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	komplett selbständig	10			
15. An- & Auskleiden	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	komplett selbständig	10			
16. Stuhlkontinenz	> 1x/Woche inkontinent	0			
	mit Unterstützung	5			
	komplett selbständig	10			
17. Harnkontinenz	> 1x/Tag inkontinent	0			
	mit Unterstützung	5			
	komplett selbständig	10			
Σ Pkt. 8 – 17:					
Summe FRI + BI:					