

ANMELDEBOGEN ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG

An



Patientenmanagement
Kolbermoorer Straße 72
83043 Bad Aibling
FAX: 08061 / 903-1652

Bei u. g. Patienten besteht die Indikation zur

- Neurologischen Frührehabilitation / Phase B (Krankenhausbehandlung, ASB-Kriterien gemäß Checkliste S. 2 müssen erfüllt sein erfüllt)
- Weiterführenden Rehabilitation in Phase C (formal Reha-Behandlung, kein Krankenhaus-Behandlungsbedarf nach ASB-Checkliste S. 2)

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Geb. Datum: _____

Straße: _____

Wohnort: _____

Nächste Angehöriger/Betreuer:

Name: _____

Anschrift: _____

Telefon: _____

Kostenträger:

Versicherungsnummer: _____

Stationäre Maßnahme bei Kostenträger beantragt?

ja nein

Ggf. Zusatzversicherung: _____

Versicherungsnummer: _____

Stationäre Maßnahme bei Kostenträger beantragt?

ja nein

Pflegegrad nein

beantragt, 1, 2, 3, 4, 5

Neurologische Hauptdiagnose (obligat)

- zerebralen Ischämie
- intrakraniellen Blutungen
- Critical-illness-Polyneuro-Myopathie/Guillain-Barré-Syndrom
- Schädelhirnverletzungen
- Sonstige: _____
- Querschnittssyndrom, Myelopathien
- Hypoxischer Hirnschaden
- Entzündliche Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems
- Neuroonkologische Erkrankungen

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:

- Herzinsuffizienz
- Akute Infektion (Sepsis, Pneumonie, HWI etc.)
- Akute oder terminale Niereninsuffizienz**
- Respiratorische Partialinsuffizienz
- Sonstige: _____

Überwachungs-/Behandlungsmaßnahmen:

- Monitoring
- maschinelle Atmungstherapie
- maschinelle Beatmung
- Erforderliche Diagnostik:
- Dialyse**
- Sonstige: _____

Außergewöhnliche Medikation (insbesondere am Übernahmetag vorzuhalten; außer Routinemedikation)

- _____
- _____

Behandlungsschwerpunkte Schön Klinik Bad Aibling Harthausen = AIB (Akutneurologie, Intensivmedizin, Frühreha

ANMELDEBOGEN ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG

Die Indikation zur Neurologisch-Neurochirurgische Frührehabilitation ist nur gegeben, falls gleichzeitig neurorehabilitativer wie akutmedizinischer Krankenhausbehandlungsbedarf besteht:

Ja Unstrittige Indikationen (ein Kriterium erfüllt):

- Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v.-Medikamentengabe
- Notwendigkeit der engmaschigen Kontrolle (alle 4 Stunden) der Vitalparameter, Monitoring
- Absaugpflichtiges Tracheostoma / Abtrainieren der Trachealkanüle
- Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG bei Dysphagie mit **Aspirationsgefahr**
- Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen-und/oder Fremdgefährdung
- Schweres spastisches Zustandsbild
- Schwere Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand/Delir
- Instrumentierung: ZVK, EVD, Spüldrainagen, Port

Ja Harte Indikationen (zwei Kriterien müssen erfüllt sein):

- Barthel-Index < 30 Punkte (siehe Anlage)
- Medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder:
- Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie
- Noch erforderliche Diagnostik: _____
- intensivem Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf bei schwerer Verständigungsstörung, hochgradiger Tetraparese oder schwerem Neglect
- Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen: _____
- Belastungsunstabile Frakturen: _____
- Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit mind. 2x pro Woche Laborkontrolle
- Isolationspflicht;** 3MRGN, 4MRGN, MRSA, VRE, CDI, sonstige: _____
(keine Kontraindikation für die Frührehabilitation)

Seltene Indikation / Sonderfälle (kurze Begründung des stationären Behandlungsbedarfs):

Absender (obligat):

Datum

Arzt/Station

Telefon

Unterschrift Arzt/Stempel

ANMELDEBOGEN ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG

Barthel-Index (Hamburger Manual)

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. **Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungs-kriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.**

ESSEN	
10	komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
0	kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung
AUFSETZEN & UMSETZEN	
15	komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück
10	Aufsicht oder <u>geringe</u> Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
5	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
SICH WASCHEN	
5	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
0	erfüllt „5“ nicht
TOILETTENBENUTZUNG	
10	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung
5	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
0	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
BADEN / DUSCHEN	
5	selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
0	erfüllt „5“ nicht
AUFSTEHEN & GEHEN	
15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen
5	<u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ:</u> im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
0	erfüllt „5“ nicht
TREPPENSTEIGEN	
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinuntersteigen
5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter
0	erfüllt „5“ nicht
AN- & AUSKLEIDEN	
10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
5	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
0	erfüllt „5“ nicht
STUHLKONTROLLE	
10	ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
HARNKONTROLLE	
10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

Datum _____

Arzt/Station _____

Telefon _____

Unterschrift Arzt/Stempel _____