

Anmeldung neurologischer Frührehabilitation (Phase B)

Patientenaufkleber

oder

(ggf. ergänzend,
insbesondere
Wohnort, Kranken-
kasse)

**Wichtig: Tel.-Nr.
Angeh./ Betreuer
=>**

Name, Vorname, geb.

Strasse, HausNr., PLZ, Ort

Aufnahmedatum, Krankenkasse

Betreuer / Angeh., Tel.-Nr.

Rückfragen und Einbestellung unter:

Klinik : _____

Wahlleistungen:

beh. Ärzte / Tel./Fax : _____

Chefarztbehandlung

Station / Tel./Fax : _____

Neurologisch-neurochirurgische Hauptdiagnose / Ereignisdatum (ggf. OP):

wichtige Nebendiagnosen und klinische aktuelle Probleme:

Status:

- Bewusstseinslage (bei Einschränkung bitte beschreiben, z.B. Zuwendung bei Schmerzreiz, ergänzend KRS (s.S.3) ausfüllen):

- Paresen und Mobilisationsgrad (bei Rollstuhlsitz ggf. erreichte Sitzdauer):

- hirnorganische, neurophysiologische und Wahrnehmungssituation, Kooperation (Orientierung, Neglect, Apraxie, Aphasie, Gesichtsfelddefekt, Antriebsstörung, Weglauftendenz, Kooperation):

- Schluckfunktion, Ernährung:

nasogastr. Sonde PEG (teil-)parenterale Ernährung orale (Teil-)Ernährung

- Atmung:

ungeblockte Trachealkanüle geblockte TK

Absaugfrequenz ca. ____x/Tag Ventilations-/Gasaustauschstörung

Beatmung: Modus _____ durchgehend intermittierend

Heimbeatmung (Gerätetyp _____) O₂-Insufflation meist _____l/min

Dialyse _____x/Woche Isolation

- sonstige wichtige Statusinformationen (versorgungspflichtige Wunden, Art des Monitorings, Fixierung, Infekt, Frakturen, Sedierung):

Problemkeime: MRSA	<input type="checkbox"/> <u>nein</u> <input type="checkbox"/> <u>ja</u>	(wo besiedelt?) _____
ESBL-Bildner	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(wo besiedelt?) _____
VRE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	(wo besiedelt?) _____
sonst. Problemkeime	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

in den letzten 2 Wochen keine Suchdiagnostik: Screening (Nasen-, Rachenabstrich, Analabstrich, Urinkultur, ggf. Wundabstrich, ggf. Trachealsekretkultur bei TK) wird durchgeführt am _____

Frühreha-Barthel-Index

Datum:

Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (Monitoring bei konkreter Gefährdung)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
absaugpflichtiges Tracheostoma (mind. 1xpro Schicht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
(intermittierende) Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung <u>mit</u> Eigen- und/oder Fremdgefährdung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung <u>mit</u> Eigen- und/oder Fremdgefährdung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
schwere Verständigungsstörung (bei Patienten mit erhaltenem Bewusstsein, z.B. schwere Aphasie, Locked-in-Syndrom)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-25 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (geblockte Trachealkanüle oder Beaufsichtigung des Schluckens)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
FRI:		P

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

Bei Bewusstseinsstörungen bitte die
Koma-Remissions-Skala (KRS) ausfüllen

Datum:

1. Erweckbarkeit /Aufmerksamkeit (auf beliebigen Reiz)		max. 5
Aufmerksamkeit für mind. 1 min.	gerichtet über mindestens 1 min. (auf interessanten Reiz, ohne abgelenkt zu werden)	<input type="checkbox"/> 5
Verweilen am Reiz (länger als 5 sec.)	Verharren / Verweilen am Reiz für erkennbaren Moment (fixiert mit den Augen, „spitzt Ohren“, ergreift, ertastet), aber leicht ablenkbar oder „schaltet ab“	<input type="checkbox"/> 4
Hinwendung zum Reiz	Hinwendung zum Reiz (Augen, Kopf, Körper, vegetativ)	<input type="checkbox"/> 3
Augenöffnung spontan	spontanes Augenöffnen ohne äußeren Reiz (Schlaf-Wach-Rh)	<input type="checkbox"/> 2
Keine Erweckbarkeit		<input type="checkbox"/> 0
2. Motorische Antwort		max. 6
Spontanes Greifen	greift spontan nach vorgehaltenen Gegenständen	<input type="checkbox"/> 6
Gezielte Abwehr	gezielt auf Schmerz (Abwehr)	<input type="checkbox"/> 5
Körper-Haltereaktion erkennbar	adäquate Gleichgewichts- u./o. Haltereaktion im Sitzen	<input type="checkbox"/> 4
Ungezielte Abwehr (vegetatives oder spastisches Muster)	ungezielt auf Schmerz oder nur vegetative Reaktion oder Zunahme des spastischen Musters	<input type="checkbox"/> 3
Beugt	Beuge-Synergismen (starke, kaum auflösbare Beugung) (Arme), Beine können strecken	<input type="checkbox"/> 2
Streckt	Streck-Synergismen (typ. Dezerebrationsstarre)	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
3. Reaktion auf akustische Reize		max. 3
differenziert	erkennt (vertraute) Stimmen oder Musik (differenzierte Reaktion)	<input type="checkbox"/> 3
Hinwendung	Hinwendungsreaktion (Augenöffnen, fixiert, wendet Kopf, emotionale Reaktion, evtl. Lächeln)	<input type="checkbox"/> 2
vegetativ	vegetative Reaktion (Puls, RR, Schwitzen, Unruhe, Schreckreaktion, Augenblinzeln)	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
4. Reaktion auf visuelle Reize		max. 4
erkennt	erkennt Abbildungen, Personen, Gegenstände	<input type="checkbox"/> 4
verfolgt	verfolgt (gezielt) Bilder etc. ohne Hinweis auf Erkennen evtl. fraglich inkonstant	<input type="checkbox"/> 3
fixiert	fixiert Bilder etc. ohne mit dem Blick nachzufolgen	<input type="checkbox"/> 2
zufälliges Anschauen	gelegentliches, zufälliges Anschauen	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
5. Reaktion auf taktile Reize		max. 3
erkennt	kann Gegenstände etc. betasten, fühlen und erkennen adäquate Reaktion auf Reize im Mund/Gesicht	<input type="checkbox"/> 3
tastet spontan, greift gezielt	tastet spontan, fühlt und greift gezielt, aber ohne adäquate Reaktion (ohne Sinnverständnis)	<input type="checkbox"/> 2
unspezifisch vegetativ	unspezif. Reaktion auf Streicheln oder passive Berührung (vegetative Zeichen: Unruhe, Puls, etc.)	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
6. Verbale Reaktion (Sprechmotorische Antwort)		max. 3
verständlich artikuliert	verständliche Äußerung (mindestens 1 verständlich artikuliertes Wort, wenn auch nicht sinn- oder situationsbezogen)	<input type="checkbox"/> 3
unverständlich, unartikuliert	unverständliche Lautäußerungen	<input type="checkbox"/> 2
stöhnt, schreit	Stöhnen, Schreien, Husten (emotional, vegetativ getönt)	<input type="checkbox"/> 1
keine	keine Phonation/Artikulation	<input type="checkbox"/> 0
Gesamt-Score		

Datum

Unterschrift / Stempel

Wir benachrichtigen Sie kurzfristig per Fax, ob und voraussichtlich wann die Aufnahme möglich ist oder ob die Aufnahme nach unserer Einschätzung in die Phase- C -Behandlung erfolgen soll. Sofern wir eine Zuordnung zur Rehabilitationsphase C für angezeigt halten, bieten wir Ihnen die Beantragung der Kostenübernahme hierfür an und leiten Ihren ausgefüllten Antrag an den zuständigen Kostenträger weiter; sofern Sie mit diesem Vorgehen nicht einverstanden sind, teilen Sie uns dies bitte hier mit:



Wir wünschen im Fall einer Phase C-Zuordnung keine Antragstellung und Weiterleitung der Anmeldeunterlagen an den Kostenträger.

Sobald ein konkreter Übernahmetermin absehbar wird, bestellen wir den Patienten telefonisch ein. Wichtig bei Verlegung ist die Mitgabe relevanter radiologischer Aufnahmen (Original, CD-ROM oder Papierausdruck) und Berichte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

K. Klose
OberarztProf. Dr. J. Valdueza
Chefarzt