

Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

**Neurologisches Zentrum
Frührehabilitation und Neurointensiv**

Tel. 04551 802-6807 (-6847)

Fax 04551 802-5710

Email: station3f@segebergerkliniken.de

Patientenaufkleber

oder

(ggf. ergänzend,
insbesondere
Wohnort)

Name, Vorname, geb.

Strasse, HausNr., PLZ, Ort

Aufnahmedatum, Krankenkasse

ggf. Betreuer, Tel.-Nr.

Rückfragen und Einbestellung unter:

Klinik: _____

Beh. Ärzte / Tel./Fax: _____

Station / Tel./Fax: _____

Wahlleistungen:

 Chefarztbehandlung

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

wichtige Nebendiagnosen und klinische aktuelle Probleme:

- Paresen und Mobilisationsgrad (bei Rollstuhlsitz ggf. erreichte Sitzdauer):
- hirnorganische, neurophysiologische und Wahrnehmungssituation, Kooperation (Orientierung, Neglect, Apraxie, Aphasie, Gesichtsfelddefekt, Antriebsstörung, Weglaufendenz, 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):
- Betreuung oder rechtswirksame Vorsorgevollmacht für die Aufgabenkreise Sorge für die Gesundheit und Aufenthaltsbestimmung existiert, Beschluss / Vollmachtsauszug liegt bei.
- Betreuung oder rechtswirksame Vorsorgevollmacht für die Aufgabenkreise Sorge für die Gesundheit und Aufenthaltsbestimmung existiert noch nicht und die / der Pat. ist zu Angelegenheiten dieser Bereiche nicht tragfähig erklärfähig. Hinweis: die Aufnahme ist in diesem Fall erst dann möglich, wenn eine Betreuung eingerichtet wurde.

Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

		nein	ja	
Problemkeime	MRSA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(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"/>	(wo besiedelt?)
<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. 1x pro Schicht)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
(intermittiernde) Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit 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 Schlucks)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
FRI:		P

ESSEN

komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	<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 (ungeschulte Laienhilfe) erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder 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
--	--

SICH WASCHEN

vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
---	--

TOILETTENBENUTZUNG

vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettentuhl incl. Spülung / Reinigung vor Ort Hilfe und Aufsicht bei Toileten- oder Toilettentuhlbenuzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettentuhl	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
--	---

BADEN / DUSCHEN

selbständiges Baden / Duschen incl.: Ein-/Ausstieg; sich reinigen und abtrocknen erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 5 <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 ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
---	--

TREPPIENSTEIGEN

ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <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
---	-----------------------------

Geltungsbereich: Segeberger Kliniken Gruppe

kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
STUHLKONTROLLE	
ist stuhlkontinent, ggf. selbstständig 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 selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	<input type="checkbox"/> 10
kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig 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:	
FRI	P
-P	+ Barthel
.....P	=
	Sigma:P

Bei Bewusstseinsstörungen bitte die

Datum:**Koma-Remissions-Skala (KRS) ausfüllen**

1. Erweckbarkeit /Aufmerksamkeit (auf beliebigen Reiz)	max. 5
Aufmerksamkeit für mind. 1 min.	<input type="checkbox"/> 5 gerichtet über mindestens 1 min. (auf interessanten Reiz, ohne abgelenkt zu werden)
Verweilen am Reiz (länger als 5 sec.)	<input type="checkbox"/> 4 Verharren / Verweilen am Reiz für erkennbaren Moment (fixiert mit den Augen, „spitzt Ohren“, ergreift, ertastet), aber leicht ablenkbar oder „schaltet ab“
Hinwendung zum Reiz	<input type="checkbox"/> 3 Hinwendung zum Reiz (Augen, Kopf, Körper, vegetativ)
Augenöffnung spontan	<input type="checkbox"/> 2 spontanes Augenöffnen ohne äußeren Reiz (Schlaf-Wach-Rh)
Keine Erweckbarkeit	<input type="checkbox"/> 0
2. Motorische Antwort	max. 6
Spontanes Greifen	<input type="checkbox"/> 6 greift spontan nach vorgehaltenen Gegenständen
Gezielte Abwehr	<input type="checkbox"/> 5 gezielt auf Schmerz (Abwehr)
Körper-Haltereaktion erkennbar	<input type="checkbox"/> 4 adäquate Gleichgewichts- u./o. Haltereaktion im Sitzen
Ungezielte Abwehr (vegetatives oder spastisches Muster)	<input type="checkbox"/> 3 ungezielt auf Schmerz oder nur vegetative Reaktion oder Zunahme des spastischen Musters
Beugt	<input type="checkbox"/> 2 Beuge-Synergismen (starke, kaum auflösbare Beugung) (Arme), Beine können strecken
Streckt	<input type="checkbox"/> 1 Streck-Synergismen (typ. Dezerebrationsstarre)
keine	<input type="checkbox"/> 0
3. Reaktion auf akustische Reize	max. 3
differenziert	<input type="checkbox"/> 3 erkennt (vertraute) Stimmen oder Musik (differenzierte Reaktion)
Hinwendung	<input type="checkbox"/> 2 Hinwendungsreaktion (Augenöffnen, fixiert, wendet Kopf, emotionale Reaktion, evtl. Lächeln)
vegetativ	<input type="checkbox"/> 1 vegetative Reaktion (Puls, RR, Schwitzen, Unruhe, Schreckreaktion, Augenblinzeln)
keine	<input type="checkbox"/> 0
4. Reaktion auf visuelle Reize	max. 4
erkennt	<input type="checkbox"/> 4 erkennt Abbildungen, Personen, Gegenstände
verfolgt	<input type="checkbox"/> 3 verfolgt (gezielt) Bilder etc. ohne Hinweis auf Erkennen evtl. fraglich inkonstant
fixiert	<input type="checkbox"/> 2 fixiert Bilder etc. ohne mit dem Blick nachzufolgen
zufälliges Anschauen	<input type="checkbox"/> 1 gelegentliches, zufälliges Anschauen
keine	<input type="checkbox"/> 0

5. Reaktion auf taktile Reize	max. 3
erkennt	<input type="checkbox"/> 3 kann Gegenstände etc. betasten, fühlen und erkennen adäquate Reaktion auf Reize im Mund/Gesicht

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

O. Mitrofanov
Chefärzt