

Anmeldung neurologischer Frührehabilitation (Phase B)

Patientenaufkleber	oder (ggf. ergänzend, insbesondere Wohnort)	Name, Vorname, geb.
		Strasse, HausNr., PLZ, Ort
		Aufnahme datum, Krankenkasse
		ggf. Betreuer, 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):
- ☐ 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 erklärungsfähig. Hinweis: die Aufnahme ist in diesem Fall erst dann möglich, wenn eine Betreuung eingerichtet wurde.

Problemkeime: MRSA	☐ ☐	(wo besiedelt?) _____
ESBL-Bildner	☐ ☐	(wo besiedelt?) _____
VRE	☐ ☐	(wo besiedelt?) _____
sonst. Problemkeime	☐ ☐	_____

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

ESSEN	
komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	☐ 10
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	☐ 5
kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung	☐ 0
AUFSETZEN & UMSETZEN	
komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	☐ 15
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	☐ 10
erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	☐ 5
wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	☐ 0
SICH WASCHEN	
vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	☐ 5
erfüllt „5“ nicht	☐ 0
TOILETTENBENUTZUNG	
vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettensstuhl incl. Spülung / Reinigung	☐ 10
vor Ort Hilfe und Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettensstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	☐ 5
benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettensstuhl	☐ 0
BADEN / DUSCHEN	
selbständiges Baden / Duschen incl: Ein-/Ausstieg; sich reinigen und abtrocknen	☐ 5
erfüllt „5“ nicht	☐ 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	☐ 15
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	☐ 10
mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen	☐ 5
alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl	☐ 0
erfüllt „5“ nicht	☐ 0
TREPPENSTEIGEN	
ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen	☐ 10
mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	☐ 5
erfüllt „5“ nicht	☐ 0
AN- / AUSKLEIDEN	
zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus	☐ 10
kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	☐ 5
erfüllt „5“ nicht	☐ 0
Stuhlkontrolle	
ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	☐ 10
ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung	☐ 5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	☐ 0
Harnkontrolle	
ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	☐ 10
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	☐ 5
ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	☐ 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)	☐ 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“	☐ 4
Hinwendung zum Reiz	Hinwendung zum Reiz (Augen, Kopf, Körper, vegetativ)	☐ 3
Augenöffnung spontan	spontanes Augenöffnen ohne äußeren Reiz (Schlaf-Wach-Rh)	☐ 2
Keine Erweckbarkeit		☐ 0
2. Motorische Antwort		max. 6
Spontanes Greifen	greift spontan nach vorgehaltenen Gegenständen	☐ 6
Gezielte Abwehr	gezielt auf Schmerz (Abwehr)	☐ 5
Körper-Haltereaktion erkennbar	adäquate Gleichgewichts- u./o. Haltereaktion im Sitzen	☐ 4
Ungezielte Abwehr (vegetatives oder spastisches Muster)	ungezielt auf Schmerz oder nur vegetative Reaktion oder Zunahme des spastischen Musters	☐ 3
Beugt	Beuge-Synergismen (starke, kaum auflösbare Beugung) (Arme), Beine können strecken	☐ 2
Streckt	Streck-Synergismen (typ. Dezerebrationsstarre)	☐ 1
keine		☐ 0
3. Reaktion auf akustische Reize		max. 3
differenziert	erkennt (vertraute) Stimmen oder Musik (differenzierte Reaktion)	☐ 3
Hinwendung	Hinwendungsreaktion (Augenöffnen, fixiert, wendet Kopf, emotionale Reaktion, evtl. Lächeln)	☐ 2
vegetativ	vegetative Reaktion (Puls, RR, Schwitzen, Unruhe, Schreckreaktion, Augenblinzeln)	☐ 1
keine		☐ 0
4. Reaktion auf visuelle Reize		max. 4
erkennt	erkennt Abbildungen, Personen, Gegenstände	☐ 4
verfolgt	verfolgt (gezielt) Bilder etc. ohne Hinweis auf Erkennen evtl. fraglich inkonstant	☐ 3
fixiert	fixiert Bilder etc. ohne mit dem Blick nachzufolgen	☐ 2
zufälliges Anschauen	gelegentliches, zufälliges Anschauen	☐ 1
keine		☐ 0
5. Reaktion auf taktile Reize		max. 3
erkennt	kann Gegenstände etc. betasten, fühlen und erkennen adäquate Reaktion auf Reize im Mund/Gesicht	☐ 3
tastet spontan, greift gezielt	tastet spontan, fühlt und greift gezielt, aber ohne adäquate Reaktion (ohne Sinnverständnis)	☐ 2
unspezifisch vegetativ	unspezif. Reaktion auf Streicheln oder passive Berührung (vegetative Zeichen: Unruhe, Puls, etc.)	☐ 1
keine		☐ 0
6. Verbale Reaktion (Sprechmotorische Antwort)		max. 3
verständlich artikuliert	verständliche Äußerung (mindestens 1 verständlich artikuliertes Wort, wenn auch nicht sinn- oder situationsbezogen)	☐ 3
unverständlich, unartikuliert	unverständliche Lautäußerungen	☐ 2
stöhnt, schreit	Stöhnen, Schreien, Husten (emotional, vegetativ getönt)	☐ 1
keine	keine Phonation/Artikulation	☐ 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 Papiausdruck) und Berichte.

Mit freundlichen kollegialen Grüßen

O. Mitrofanov
Chefarzt