

NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION ANMELDEBOGEN FÜR ZUWEISER



ZUWEISERDATEN

GEWÜNSCHTER VERLEGUNGSTERMIN

Behandelnder Arzt/Ärztin	<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Telefon	<input type="text"/> Stempel
Station/Pflege	<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Telefon	
Sozialdienst	<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Telefon	

PATIENTENDATEN

Angehörige	<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Telefon	<input type="text"/> Patientenetikett oder Daten händisch eintragen	
Vorsorgevollmacht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Therapielimitierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Betreuung	<input type="text"/> Name	<input type="text"/> Telefon		
Vorbestehender Pflegegrad	<input type="checkbox"/> ja	<input type="text"/> Stufe		<input type="checkbox"/> Sprachfähigkeit Deutsch
Es wurde aktuell bereits ein Pflegegrad bestimmt bzw. eine Bestimmung beantragt:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
Kostenträger	<input type="text"/>	Wahlleistung <input type="checkbox"/>	inkl. 1 Bett <input type="checkbox"/>	

RELEVANTE DIAGNOSE UND VORERKRANKUNGEN

Vigilanz	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> (int. agitiert)	<input type="checkbox"/> Delir
Syndromatik	<input type="checkbox"/> Hemiparese	<input type="checkbox"/> Paraparese	<input type="checkbox"/> Tetraparese	<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Dysarthrie
Mobilitätsgrad	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Mobil-Stuhl	<input type="checkbox"/> Stand mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Stand frei	<input type="checkbox"/> gehfähig
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> Gehstütze	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Sonstige:	
Ernährung	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkungen		<input type="checkbox"/> Konsistenzanpassung		
	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> Sonderkost		
	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> ZVK/Port	<input type="checkbox"/> peripher			
Größe	<input type="text"/> cm	akt. Gewicht	<input type="text"/> kg			

NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION ANMELDEBOGEN FÜR ZUWEISER



(int.) maschinelle Unterstützung nein ja, Modus:
 ggf. O₂-Gabe l/min

Tracheostoma nein ja, chirurgisch/dilatativ aktuelle TK & Größe (ID):

überwachungs-/monitorpflichtig nein ja, Parameter:

DEVICES, WUNDEN UND KEIMBESIEDLUNG, DIALYSE

Devices ZVK Arterie NGS PEG/PEJ TUDK SPDK VPS/EVD

Wunden/Decubitus nein ja – bitte Decubitus-/Wunddokumentation beifügen Drainage/n

Keimbefall nein ja MRSA 3/4 – MRGN VRE

Diarrhoe nein ja Norovirus Clostr. Diff.

Dialyse nein ja CWH int. Hämodialyse x/Woche

AKTUELLE MEDIKATION (bitte möglichst vollständig)

WIRKSTOFF	DOSIS (Stück/mg/ml/etc.)	VERTEILUNG über Tag (z.B. 1-0-1-0)	VERABREICHUNG (p.o., Sonde, i.V. etc.)

... alternativ gerne ausgedruckter Medikamentenplan als Anlage!

Es wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme/Reha-Antrag beim Kostenträger gestellt: ja nein

Name Antragsteller/in Telefon

Datum Unterschrift

Wir bitten um eine kurze Benachrichtigung, falls der Patient/die Patientin nach Anmeldung bei uns doch in eine andere Klinik verlegt wird.

NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION ANMELDEBOGEN FÜR ZUWEISER

AKUTMEDIZINISCHER BEHANDLUNGSBEDARF

NR	SPEZIFIZIERUNG	TRIFFT ZU	
I.1	Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring von mindestens 1 Parameter (EKG, SpO2) an einem Monitor mit zentraler Überwachung oder diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.); das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.2	Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v. Medikamentengabe, inkl. medizinisch nachvollziehbar indizierter i.v.-Flüssigkeit mit Bilanzierungsbedarf oder parenteraler Ernährung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.3	Infektion mit Temperaturerhöhung >38°C	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.4	Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.5	Abtrainieren vom Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.6	Absaugpflichtiges Tracheostoma (bei Trachealkanüle unabhängig von der neurologischen Grunderkrankung, z.B. HNO-ärztl./internist. Erkrankung, Begründung in Kategorie III erforderlich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.7	Dysphagie mit Aspirationsrisiko und Behandlungsziel Entwöhnung nasogastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau. Notwendigkeit einer regelmäßigen spezifischen Schlucktherapie mit wöchentlichem standardisiertem Assessment der Schwere und des Aspirationsrisikos. Notwendigkeit einer Überwachung des Kostaufbaus 1:1 oder in Kleinstgruppen bis max. 3 Patienten durch Schlucktherapeuten oder erfahrenes Pflegepersonal.	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.8	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens bei gleichzeitig bestehendem positiven Rehapotential	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.9	Spastisches Zustandsbild mit aufwendiger multimodaler Therapie (z.B. Redression, intensivierter Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofempumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.10	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.11	Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofempumpeneinstellung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
I.12	Vorhandensein von einem der folgenden Verfahren: ZVK/EVD/Thoraxdrainage/Spüldrainagen/Vorhandensein eines Herzunterstützungssystems (VAD, „Kunstherz“) bei BI <60	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.1	BI (nach dem Hamburger Manual) <35 Pkt. = impliziert eine hohe Pflegeintensität	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.2	Maßgebliche medikamentöse Umstellung/Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.3	Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.4	Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.5	Aufwendige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (mind. 3 Untersuchungsverfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.6	Intensiver Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf – im zeitlichen Zusammenhang mit einem Akutereignis – aufgrund: (a) schwerer Verständigungsstörung oder (b) schweren Neglects oder (c) Rumpfinstabilität bei hochgradiger Tetraparese, Hemiplegie oder Paraparese	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.7	Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage/ -verschluss / -erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage, etc.)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.8	Belastungsinstabile Frakturen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
II.9	Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit min. 2 x pro Woche Laborkontrolle	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
III.1	Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
III.2	Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
III.3	Patient kommt zur Behandlung eines spastischen Schubes	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
III.4	Seltene Indikationen (Begründung des stationären Behandlungsbedarfes außerhalb der Kategorien I und II erforderlich)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION ANMELDEBOGEN FÜR ZUWEISER



FRÜHREHA-INDEX NACH SCHÖNLE (FRI)

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. vegetative Krisen)	ja (-50)	<input type="text"/>	nein (0)
absaugpflichtiges Tracheostoma	ja (-50)	<input type="text"/>	nein (0)
intermittierende Beatmung	ja (-50)	<input type="text"/>	nein (0)
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	ja (-50)	<input type="text"/>	nein (0)
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	ja (-50)	<input type="text"/>	nein (0)
schwere Verständigungsstörungen	ja (-25)	<input type="text"/>	nein (0)
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	ja (-50)	<input type="text"/>	nein (0)
SUMME			<input type="text"/>

BARTHEL-INDEX (BI), SCORING NACH DEM ‚HAMBURGER MANUAL‘

Essen	komplett selbständig oder selbständige Ernährung über MS/PEG	10
	Hilfe bei der Vorbereitung nötig, aber selbständiges zum-Mund-Führen und Einnehmen von Speisen und Getränken oder Hilfe bei Ernährung über MS/PEG	5
	kein selbständiges zum-Mund-Führen oder Einnehmen von Speisen und Getränken und keine MS/PEG-Ernährung	0
Aufsetzen/Umsetzen	komplett selbständig aus liegender Position in Stuhl/Rollstuhl und zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
Sich waschen	wird aufgrund seiner körperlichen oder sonstigen Befindlichkeit nicht aus dem Bett transferiert	0
	vor Ort selbständig incl. notwendiger Vor- und Nachbereitungen	5
	erfüllt „5“ nicht	0
Toilette benutzen	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung	10
	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder Spülung/Reinigung erforderlich	5
	benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden/Duschen	selbständig Vollbad oder Duschbad nehmen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
	erfüllt „5“ nicht	0
Aufstehen und Gehen	ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen selbständig gehen	15
	ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10
	ggf. mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen, alternativ: Strecken im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl bewältigen	5
	erfüllt „5“ nicht	0
Treppe steigen	steigt ohne Aufsicht oder Hilfe Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	10
	steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5
	erfüllt „5“ nicht	0
An- und Auskleiden	zieht sich in angemessener Zeit Tageskleidung und Schuhe (sowie ggf. benötigte Hilfsmittel – ATS, Prothesen etc.) selbständig 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 und Anus-praeter-Versorgung	10
	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
Harnkontrolle	ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz/versorgt 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) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harnkontinent	0
SUMME		<input type="text"/>

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die sonst motorisch selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. Sollten abhängig von der Tagesform unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.