

## Anmeldebogen für Zuweiser

Ltd. Abteilungsarzt Dr. med. Janpeter Nickel, FA für Neurologie, Rehabilitationswesen, Intensivmedizin  
 Fahrner Str. 133, 47169 Duisburg, Tel.: 0203 / 508 - 1004 (Station 2 CD), Fax: 0203 / 508 - 5761, [www.neuro-fr.de](http://www.neuro-fr.de), [nfr@evklin.de](mailto:nfr@evklin.de)

### Zuweiserdaten

**Gewünschter Verlegungstermin:**

Behandelnder Arzt Name  Telefon

Station/Pflege Name  Telefon

Sozialdienst Name  Telefon

Stempel

### Patientendaten

**Angehörige:** Name  Telefon

**Vorsorgevollmacht:**  Ja  Nein **Therapielimitierung:**  Nein  Ja

**Betreuung:** Name  Telefon

**Vorbestehender Pflegegrad:**  Nein  Ja

**Kostenträger:** Name  ggf.:  Wahlleistung /  incl. 1 Bett

Patientenetikett ODER Daten händisch eintragen

### Aktuelle Hauptdiagnose & relevante Vorerkrankungen


### Klinischer Zustand

<b>Vigilanz:</b>	<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
<b>Syndromatik:</b>	<input type="checkbox"/> Hemiparese	<input type="checkbox"/> Paraparese	<input type="checkbox"/> Tetraparese	<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Dysarthrie
<b>Mobilitätsgrad:</b>	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Mobi-Stuhl	<input type="checkbox"/> Stand mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Stand frei	<input type="checkbox"/> gehfähig
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> Gehstützen	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>	
<b>Ernährung:</b>	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Konsistenzanpassung: <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	Sondenkost: <input type="text"/>	<input type="text"/> kcal/d	Wasser: <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> ZVK / Port	<input type="checkbox"/> peripher			
<b>Größe</b>	<input type="text"/> cm	<b>akt. Gewicht</b>	<input type="text"/> kg			



## Akutmedizinischer Behandlungsbedarf

<b>Nr.:</b>	<b>Spezifizierung:</b>	<b>trifft zu:</b>	
I.1	Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring - das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.2	Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i.v. Medikamentengabe oder parenteraler Ernährung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.3	Notwendigkeit der engmaschigen (mind. alle 4 Stunden) Kontrolle der Vitalparameter	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.4	Infektion mit Temperaturerhöhung >38°C	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.5	Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.6	Abtrainieren vom Tracheostoma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.7	Absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.8	Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei beaufsichtigungspflichtiger Dysphagie mit Aspirationsgefahr - diese wird in einer 1:1 Situation durch erfahrenes Personal beurteilt	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.9	Vegetative Instabilität (z.B. cerebrales Erbrechen, zentrale Hyperthermie, Tachypnoe in Ruhe >30/min., Tachykardie in Ruhe > 130/min., profuses Schwitzen in Ruhe > 2 l/24h (Bilanzierung erforderlich))	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.10	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens (insbesondere bei fehlendem Knochendeckel)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.11	Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z.B. Redression, intensiverter Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofen-Pumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.12	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.13	Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofen-Pumpeneinstellung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.14	Vorhandensein von ZVK, EVD, Thoraxdrainage, Spüldrainagen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.1	BI (nach dem Hamburger Manual) <35 Pkt. = impliziert eine hohe Pflegeintensität	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> 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="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.3	Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.4	Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.5	Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (min. 3 Untersuchungs-Verfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.6	Schwere Verständigungsstörung mit intensivem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf Schwere Verständigungsstörung mit intensivem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> 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="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.8	Belastungsinstabile Frakturen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.9	Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit min. 2 x pro Woche Laborkontrolle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.1	Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.2	Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.3	Patient hat spastischen Schub	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Frühreha-Index nach Schönle (FRI)

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

## Barthel-Index (BI), Scoring nach dem 'Hamburger Manual'

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

*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.*