

Anmeldebogen für Zuweiser

Ltd. Abteilungsarzt Dr. med. Janpeter Nickel, FA für Neurologie, Rehabilitationswesen, Intensivmedizin
 Fahrner Str. 133, 47169 Duisburg, Tel.: 0203 / 508 - 1004 (Station A3.1), Fax: 0203 / 508 - 5761, www.neuro-fr.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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Klinischer Zustand

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"/> Mobi-Stuhl	<input type="checkbox"/> Stand mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Stand frei	<input type="checkbox"/> gehfähig
Hilfsmittel:	<input type="checkbox"/> Gehstützen	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>	
Ernährung:	<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			
Größe	<input type="text"/> cm	akt. Gewicht	<input type="text"/> kg			

Atmung

(int.) maschinelle Unterstützung:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Modus: _____
	<input type="checkbox"/> ggf. O2-Gabe: _____ l/min	
Tracheostoma:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja: chirurgisch / dilatativ <input type="checkbox"/> aktuelle TK & Größe (ID): _____
überwachungs-/monitorpflichtig:	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Parameter: _____

Devices, Wunden & Keimbesiedlung, Dialyse

Devices:	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Arterie	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> TUDK	<input type="checkbox"/> SPDK	<input type="checkbox"/> VPS / EVD
Wunden / Decubitus:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -> bitte Decubitus-/Wunddokumentation beifügen	<input type="checkbox"/> Drainage/n				
Keimbesiedlung:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3 / 4 - MRGN <input type="checkbox"/> VRE	Lokalisation: _____				
Diarrhoen:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Clostr. Diff. <input type="checkbox"/> Norovirus <input type="checkbox"/> andere: _____					
Dialyse:	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> CVVH <input type="checkbox"/> int. Hämodialyse _____ x / Woche	<input type="checkbox"/> Volumenrestriktion				

Aktuelle Medikation (bitte möglichst vollständig)

Wirkstoff	Dosis (Stck. / 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 aktuell bereits ein Pflegegrad bestimmt bzw. eine Bestimmung beantragt:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Es wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme / Reha-Antrag beim Kostenträger gestellt:	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Name (bitte in Druckbuchstaben): _____	Telefon für Rückfragen: _____	
Datum: _____	Unterschrift: _____	
<i>Wir bitten um eine kurze Benachrichtigung, falls der Patient/die Patientin nach Anmeldung bei uns doch in eine andere Klinik verlegt wird.</i>		

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf

Nr.:	Spezifizierung:	trifft zu:	
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)
Summe		

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

Essen	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
Aufsetzen / Umsetzen	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
Sich waschen	vor Ort selbständig incl. notwendiger Vor- und Nachbereitungen	<input type="radio"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="radio"/> 0
Toilette benutzen	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
Baden / Duschen	selbständig Vollbad oder Duschbad nehmen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	<input type="radio"/> 5
	erfüllt „5“ nicht	<input type="radio"/> 0
Aufstehen & Gehen	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
Treppe steigen	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
An- und Auskleiden	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
Stuhlkontrolle	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
Harnkontrolle	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
Summe:		

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.