



Anmeldung NNFR

Patient

Name

Geburtsdatum

Anschrift

Versicherung

Größe/Gewicht

Angehörige

Vorsorgevollmacht/Betreuung

Patientenverfügung/DNR

anmeldendes Krankenhaus/Abteilung

Ansprechpartner ärztlich

Ansprechpartner pflegerisch

ggf. Ansprechpartner Sozialdienst etc.

Diagnosen (Hauptdiagnose mit Datum des Ereignisses/Symptombeginns, Nebendiagnosen, aktuelle Komplikationen/Infekte)

Zugänge:

- | | | | |
|------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ZVK | <input type="checkbox"/> Arterie | <input type="checkbox"/> Port | <input type="checkbox"/> NGS |
| <input type="checkbox"/> PEG | <input type="checkbox"/> TUDK | <input type="checkbox"/> SPDK | <input type="checkbox"/> EVD |
| <input type="checkbox"/> VPS | | | |

Tracheostoma:

- | | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | <input type="checkbox"/> dilatativ | <input type="checkbox"/> chirurgisch |
|-------------------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|

aktuelle Kanüle:

Dialysepflichtigkeit:

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | Häufigkeit: <input type="text"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|----------------------------------|

Nutrition:

- | | | |
|-------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> oral | <input type="checkbox"/> enteral (PEG/NGS) | <input type="checkbox"/> parenteral (peripher/ZVK) |
|-------------------------------|--|--|

MRE-Nachweis (MRSA, MRGN, VRE):

- | | | |
|-------------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> NEIN | <input type="checkbox"/> JA | Lokalisation und Keim: <input type="text"/> |
|-------------------------------|-----------------------------|---|

Es wurde aktuell bereits ein Pflegegrad bestimmt:

NEIN

JA

ggf. bereits vorbestehender Pflegegrad:

Es wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme / Rehaantrag beim Kostenträger gestellt:

NEIN

JA

Datum/Unterschrift/
Telefonnummer Antragsteller

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

Akutmedizinischer Behandlungsbedarf

- 1.1 Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring – das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden
 Nein Ja
- 1.2 Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i.v. Medikamentengabe oder parenteraler Ernährung
 Nein Ja
- 1.3 Notwendigkeit der engmaschigen (mind. alle 4 Stunden) Kontrolle der Vitalparameter
 Nein Ja
- 1.4 Infektion mit Temperaturerhöhung über 38 Grad Celsius
 Nein Ja
- 1.5 Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung
 Nein Ja
- 1.6 Abtrainieren von Tracheostoma
 Nein Ja
- 1.7 Absaugpflichtiges Tracheostoma
 Nein Ja
- 1.8 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
 Nein Ja
- 1.9 Vegetative Instabilität (z.B. cerebrales Erbrechen, zentrale Hyperthermie, Tachypnoe in Ruhe 30/min. Tachykardie in Ruhe 130/min., profuses Schwitzen in Ruhe 2l/24h = Bilanzierung erforderlich)
 Nein Ja
- 1.10 Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- (insbesondere bei fehlendem Knochendeckel) und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens
 Nein Ja
- 1.11 Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z.B. Redression, intensivierter Psychotherapie, BTX-Behandlung, Baclofen-Pumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie)
 Nein Ja
- 1.12 Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand
 Nein Ja
- 1.13 Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofen-Pumpeneinstellung
 Nein Ja
- 1.14 Vorhandensein von ZVK, EVD, Thoraxdrainage, Spül drainagen
 Nein Ja
- 2.1 BI (nach dem Hamburger Manual) 35 Pkt. = impliziert eine hohe Pflegeintensität
 Nein Ja
- 2.2 Maßgebliche medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)
 Nein Ja
- 2.3 Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung
 Nein Ja
- 2.4 Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht
 Nein Ja
- 2.5 Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (mind. 3 Untersuchungs-Verfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)
 Nein Ja

- 2.6 Schwere Verständigungsstörung mit intensivem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf
 Nein Ja
- 2.7 Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage/-verschluss/-erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage etc.)
 Nein Ja
- 2.8 Belastungsinstabile Frakturen
 Nein Ja
- 2.9 Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit min. 2 x pro Woche Laborkontrolle
 Nein Ja
- 3.1 Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung
 Nein Ja
- 3.2 Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung
 Nein Ja
- 3.3 Patient hat spastischen Schub
 Nein Ja

Frühreha-Index nach Schönle (FRI):

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)

- Ja (-50) Nein (0)

absaugpflichtiges Tracheostoma

- Ja (-50) Nein (0)

intermitt. Beatmung

- Ja (-50) Nein (0)

beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)

- Ja (-50) Nein (0)

beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)

- Ja (-50) Nein (0)

schwere Verständigungsstörungen

- Ja (-25) Nein (0)

Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

- Ja (-50) Nein (0)

Barthel-Index (BI):

Essen

komplett selbständig oder selbständig über MS/PEG

10

Hilfe bei der Vorbereitung oder Hilfe bei Ernährung über MS/PEG

5

nicht selbständig und keine MS/PEG (Patient wird gefüttert)

0

Aufsetzen / Umsetzen

Transferiert sich selbständig aus liegender Position in Stuhl/Rollstuhl und zurück

15

Transferiert sich wie oben, aber nur mit geringer Hilfe bzw. unter Aufsicht

10

Transferiert sich wie oben, aber nur mit erheblicher Hilfe

5

Patient wird aufgrund seiner Befindlichkeit nicht aus dem Bett transferiert

0

Sich Waschen

Vor Ort selbständig inkl. notwendiger Vor- und Nachsorge

5

Erfüllt die Kriterien für '5' nicht

0

Toilettenbenutzung

Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette/Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung

10

Nutzung von Toilette/Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung mit Hilfe

5

Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl

0

Baden/Duschen

Selbständig Vollbad/Duschbad inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen

5

Erfüllt die Kriterien für '5' nicht

0

Aufstehen und Gehen

Ohne Hilfe/Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50m ohne Gehwagen selbständig gehen

15

Ohne Hilfe/Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mind. 50m mit Gehwagen selbständig gehen

10

Ggf. mit Laienhilfe/Gehwagen in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen oder selbständig Rollstuhl

5

Erfüllt die Kriterien für '5' nicht

0

Treppensteigen

Steigt ohne Aufsicht oder Hilfe Treppen über mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter

10

Steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter

5

Erfüllt die Kriterien für '5' nicht

0

An- und Auskleiden

Zieht sich in angemessener Zeit Tageskleidung/Schuhe/Hilfsmittel selbständig an und aus

10

Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus

5

Erfüllt die Kriterien für '5' nicht

0

Stuhlkontrolle

Ist stuhlinkontinent oder ggf. selbständig bei Abführmaßnahmen und Anus praeter-Versorgung

10

Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe beim Abführen/AP-Versorgung

5

Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent

0

Harnkontrolle

Ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz/versorgt DK komplett selbständig

10

Kompensiert Harninkontinenz selbständig mit überwiegendem Erfolg (Einnässen 1x/Tag) oder benötigt Hilfe

5

Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent

0