



Krankenhaus St. Elisabeth

An

Klinik für Neurologische Frührehabilitation

Krankenhaus St. Elisabeth gGmbH

Lindenstraße 3-7

49401 Damme

Stempel des anmeldenden Krankenhauses

Station:

Ärztin/Arzt:

Tel.:

FAXANMELDUNG 05491-60 849

Anmeldebogen zur Neurologischen Phase-B-Frührehabilitation

Patient

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:
Adresse:
Krankenkasse:

Betreuung/gesetzlicher Vertreter?

Name:
Telefon:

Hauptdiagnose:

Akutereignis und OP
bitte mit Datum

Nebendiagnosen:

Inkl. Demenz, Delir,
psychiatrische
Vorerkrankungen

Bisheriger Krankheitsverlauf (falls relevant, kurz zusammengefasst):

1. Ist der Patient beatmet? nein ja
2. Trachealkanüle? nein ja
 Dilatation plastisch
3. Der Patient ist...? wach, voll orientiert desorientiert
 somnolent/soporös sediert/komatös
4. Es besteht eine...? Weglauftendenz Eigen- oder Fremdgefährdung
5. Relevante Schluckstörung? nein ja
 PEG nasogastrale Sonde
6. Mobilisation? selbstständig in Begleitung
 Rollstuhl bettlägerig
7. Kontinenz? Urininkontinenz Stuhlinkontinenz
 DK SPDK
8. Multiresistente Keime? nein ja Datum, Lokalisation, Keim:

Bitte erweiterten Anmeldebogen
für beatmete Patienten beifügen

9. Sind weitere Operationen oder Interventionen geplant?

10. Besonderheiten (spezielle Medikation, Allergien, instabile Frakturen, Sprachbarriere,...?)

Aufnahmewunsch zum:

Ort, Datum, Unterschrift

Beizufügende Anlagen:

1. Barthel-Index (Mahoney und Barthel, 1965): z.B. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/zusatz-barthelindex.htm>
2. Frühreha-Barthel-Index (Schönle, 1995): z.B. <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/kodesuche/onlinefassungen/htmlgm2012/zusatz-frb-schoenle.htm>

An

Klinik für Neurologische Frührehabilitation

Krankenhaus St. Elisabeth gGmbH

Lindenstraße 3-7

49401 Damme

Erweiterter Anmeldebogen beatmeter Patienten zur Phase-B-Behandlung

Patient Name: Vorname: Geburtsdatum: Adresse:

Stempel des anmeldenden Krankenhauses
Station: Ärztin/Arzt: Tel.:

A. Der Patient ist ...? intubiert/tracheotomiert nicht invasiv beatmet

Seit: _____

B. Beatmungsmodus? _____

C. Weaningprobleme (Pneumonie, vorbestehende Lungenerkrankungen, neuromuskulär, CIP, etc...)?

D. Keimbesiedlung?

Ort, Datum, Unterschrift