

KONTAKT

Lungenklinik Neustadt GmbH
Pneumologische Frührehabilitation
 Badestraße 23
 99768 Harztor OT Neustadt/Harz
 FAX 036331/361 88 (Verwaltung)

Station 3 (Sekretariat)
 TEL 036331/361 921

Station 3
 TEL 036331/361 903



PER FAX AN 036 331/36 101

Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

Sehr geehrte Kollegen,

Sie möchten eine Patientin/einen Patienten in die pneumologische Frührehabilitation der Lungenklinik Neustadt überweisen. Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst kurz und präzise. An dieser Stelle bereits vielen Dank für die Kooperation.

Mit freundlichem Gruß
 Ihr Team der pneumologischen
 Frührehabilitation

Verlegende Klinik / Intensivpflege

Name

Straße

PLZ/Stadt

Ansprechpartner

Telefon

Fax

E-Mail

Patient

Vorname, Name

Geb. Datum

Straße

PLZ/Stadt

Größe (in cm)

Gewicht (in kg)

BMI

Name / Telefon-Nr. des nächsten Verwandten

Ist der Patient betreut? Ja Nein

durch Name/Telefon

Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

1. Wie lautet und wie lange besteht die zur Beatmung führende Grunderkrankung?

Welche aktuelle Ursache führte zur Beatmung?

2. Wie lange wurde der Patient beatmet?

_____ von _____ bis _____

3. Wurde der Patient tracheotomiert?

Wenn ja, wann und wie?

Technik

Punktionstracheotomie

chirurgisch: definitiv/nicht definitiv

Ist das Tracheostoma zwischenzeitlich wieder verschlossen?

Ja

Nein

4. Wird der Patient jetzt noch beatmet

Ja

Nein

falls Beatmung

invasiv

nicht invasiv

nur Sauerstoff

Gerät

leihweise

verordnet

Falls nein, wurde zwischenzeitlich ein Beatmungsversuch mit einer Maske durchgeführt?

Wenn ja, wie lange?

5. Neurologische Ausfälle

6. Relevante Nebendiagnosen

Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

7. Medikamente

8. Besonderheiten

9. Sind infektiologisch relevante Keime nachgewiesen worden

- MRSA
 ESEL
 Multiresistente gramnegative Erreger (MR-GNE)
 z.B. Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, E. coli, Acinetobacter baumannii

Um eine Verzögerung vor einer Übernahme des Patienten/der Patientin zu vermeiden, bitten wir Sie aktuelle Abstriche von Nase, Rachen und Trachealsekret zur Bakteriologie (NIIRSA) zu senden.

Eine Besiedelung ist kein Aufnahmehindernis!

10. Welche Antibiotika wurden während des stationären Aufenthaltes verabreicht? (Präparat/Dauer)

Es hat sich als äußerst sinnvoll erwiesen, dass die weiterführenden Telefonate mit einem über den Patienten gut informierten Arzt geführt werden. Bitte nennen Sie uns daher den in den nächsten Tagen zuständigen Arzt und Oberarzt und ggf. Pflegekraft.

Arzt

Telefon-Nr. der Station:

Nach Erhalt der Antwort auf die eben gestellten Fragen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Sollte sich der Patient inzwischen soweit verschlechtern oder sich ein neuer Aspekt ergeben, so dass eine zügige Übernahme nicht mehr möglich oder erforderlich ist, bitten wir Sie uns hierüber umgehend in Kenntnis zu setzen.

Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

A) FR-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veget. Krisen)	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
absaugpflichtiges Trachestoma	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
intermitt. Beatmung	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0

B) Barthel-Index

Essen	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Bett- (Rollstuhl) Transfer	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	<input type="checkbox"/> 10
	Erhebliche Hilfen beim Transfer, Lagewechsel, Liegen / Sitz selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht + Händen, beim Kämmen + Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts (An-/Ausziehen) oder bei der Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfen oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig benutzen fahren nicht möglich	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	Auskleiden benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbstständig durchführen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	ständig Kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Gelegentlich Inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/stets Inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	ständig Kontinent ggf. bei Versorgung eines DK/ Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei externer Ableitung	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger / stets inkontinent	<input type="checkbox"/> 0