

Anmeldung Zentrum für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Regensburg

Aufnahmeplanung

Fax: 09 41 / 941 - 6 - 38 15

Anmeldende Klinik:

Station:

Aufenthalt in ihrem Krankenhaus (**Datum/ Uhrzeit**) seit:

um

Uhr

Behandelnder Arzt/Ärztin:

Tel.:

Patientenanmeldung zur Neurologischen Rehabilitation:

vollstationär

Bitte teilen Sie dem Patienten/Angehörigen mit, dass am Aufnahmetag ein Angehöriger/Betreuer den Patienten begleitet und die Krankenkassenkarte benötigt wird.

Angaben zum/zur Patienten/Patientin:

Name:

Vorname:

geb.:

PLZ/ Wohnort/Straße:

Tel:

Angehörige:

Name:

Vorname:

PLZ/ Wohnort/Straße:

Tel:

Betreuer:

nein

ja, wenn ja:

Name:

Vorname:

PLZ/ Wohnort/Straße:

Tel:

Krankenkasse/Kostenträger (Pflichtfeld !)

Wahlleistungs-Anspruch:

nein

ja

Hausarzt:

Neurologische Reha-Diagnose(n)/ relevante Begleitdiagnosen:

Kurzbefund:

Aktuelle Medikation/ besondere Medikamente:

Vom Arzt auszufüllen:

Name, Vorname (Patient/in):

Isolierpflicht

ÁvgÄ ~ |d^•ã c^} c^ { ÁS^ã :

} ~ |Án der VorgeschichteÁ * È ~~~~~~~~~avg. Umkehrisolation

Immunsuppression mit:

Infektparameter / Fieber ↑ unklarer Fokus Antibiose seit:

Beatmung Weaningphase Vollbeatmet Heimbeatmung

Intensivmedizinische Überwachungspflichtigkeit

Tracheostoma absaugpflichtig mit Sprechaufsatz

Sauerstoffgabe kontinuierlich intermittierend

Pulsoxymetrie/ Monitor!Á [ç ^} áã

Verwirrtheit/ Verhaltensstörung fixierende Maßnahme} Á 4ã ~~Á~~ständige Aufsicht nötig

schwere Kommunikationsstörung

Schluckstörung Schluckversuch erfolgreich~~~~~~~~~Ö! à! ^&@} Á ^-† ç

Dekubitus/ Wunden Vac-Verband aufwendiges Wundmanagement

sonstige Therapieerschwerisse:

Dialyse

Ernährung:

isst und trinkt Dysphagiekost Vollkost

enteralisiert nur/ auch über! Á Ü Ö Ö ~~~~~~~~~ nur/ æ &@ parenterale Ernährung

Versorgt mit:

ZVK / Port PEG Zystofix künstlicher Darmausgang

VP-Shunt Thoraxdrainage sonstige Drainagen:

Osteosynthese voll ~~~~~~~~~ á! teil belastbar

Mobilisation:

nicht möglich noch nicht erfolgt an die Bettkante

in Thekla Passiv-/ Aktiv Rollstuhl

Vom Pflegepersonal auszufüllen

Name, Vorname (Patient/in):

Barthel-Index

erfasst am: (Einzelwert bitte markieren)

- | | | | |
|--|---|------------------|-----------------------|
| 1. Essen und Trinken | | | |
| nicht möglich = 0 | wenn Essen vorbereitet: selbstständig = 5 | | selbstständig = 10 |
| 2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett | | | |
| nicht möglich / völlig passiv = 0 | mit viel = 5 | wenig Hilfe = 10 | selbstständig = 15 |
| 3. Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen) | | | |
| nicht möglich = 0 | mit Unterstützung / hilft mit = 0 | | selbstständig = 5 |
| 4. Benutzen der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung) | | | |
| nicht möglich = 0 | mit Unterstützung/Hilfsmittel = 5 | | selbstständig = 10 |
| 5. Baden/Duschen | | | |
| nicht möglich = 0 | mit Unterstützung = 0 | | selbstständig = 5 |
| 6. Gehen auf ebenem Untergrund | | | |
| nicht möglich = 0 | mit Unterstützung / Hilfsmittel = 10 | | selbstständig = 15 |
| 6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit -0- bewertet wurde) | | | |
| nicht möglich = 0 | mit Unterstützung = 0 | | selbstständig = 5 |
| 7. Treppen auf- / absteigen | | | |
| nicht möglich = 0 | mit Unterstützung = 5 | | selbstständig = 10 |
| 8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen) | | | |
| nicht möglich = 0 | zu 50% selbstständig = 5 | | selbstständig = 10 |
| 9. Stuhlkontrolle | | | |
| inkontinent = 0 | gelegentlich inkontinent = 5 | | völlig kontinent = 10 |
| 10. Harnkontrolle | | | |
| inkontinent / DK = 0 | gelegentlich inkontinent = 5 | | völlig kontinent = 10 |

Summe:

Gewünschter Aufnahmetermin:

Dieser Antrag dient der Zuordnung zur geeigneten Rehabilitationsphase. Zur Klärung der Kostenübernahme leiten wir (die anmeldende Klinik) diesen Antrag an den zuständigen Kostenträger weiter. Der Antrag ersetzt den Kurzarztbrief für die Verlegung. Alle wichtigen Befunde, besonders die Röntgenbilder und CCTs / MRTs bei Aufnahme werden mitgegeben. Wir informieren die Angehörigen darüber, dass Sie bei der Aufnahme mit anwesend sein sollten.

Stempel der Klinik

Datum/Unterschrift

Für Rückfragen:

Case{ æ æ ^{ ^} c 0941 / 941-3811 oder Handy: 011 2 / I FÄHÄ ÄI