

Bitte Patientenadrema aufkleben! Mindest-Informationen: 1. Vorname, Nachname 2. Geburtsdatum 3. Anschrift 4. Einweisende/s Krankenhaus oder Arztpraxis 5. Telefonnummer der Station oder Praxis	Frühestmögliche Anmeldung (Wunschdatum):	Pflegegrad: <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> beantragt
	Chefarzt- behandlung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Hausarzt: Verlegende Einrichtung:
	Privat 1-Bett <input type="checkbox"/> Privat 2-Bett <input type="checkbox"/>	
	KK/KV:	

! Zwingende Voraussetzung: Es besteht noch keine durchgehende Rehabilitationsfähigkeit zur Behandlung in einer Rehaklinik, weil ... (zutreffendes bitte ankreuzen)

- die Vitalparameter nicht durchgehend stabil sind.
- Kreislaufinstabilität oder herabgesetzte Belastbarkeit die aktive Teilnahme in der Rehaklinik behindern.
- Komplikationen / Komorbiditäten bestehen: (z.B. Desorientiertheit/Delir/Demenz/Depression/Wundkomplikationen)
- bestehende Begleiterkrankungen weiterer akutmedizinischer Diagnostik und Behandlung bedürfen (z.B. Schmerz, dekompensierte Herzinsuffizienz, Infektionen, etc.).

➡ Status vor Erkrankung (bisheriges soziales Umfeld):

- Selbständig/Wohnung Altenheim/Betreutes Wohnen Altenheim/Pflegebereich
- 24-Stundenbetreuung Angehörige / Tel.: _____
- rechtliche Betreuung: Ja Name: _____
- Nein Tel.: _____

➡ Diagnosen

Stationär in verlegender Klinik seit: _____

Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit weil: _____

Hauptdiagnose: _____

Weitere relevante/n Diagnose/n: _____

➔ **Bei Frakturen**

OP-Termin: _____

Vollbelastung

Teilbelastung wie lange: _____

Übungsstabil

keine Belastung

➔ **Besonderheiten**

Isolation Ja Nein

Dialyse Ja Nein

Erbrechen Ja Nein

Weglauftendenz Ja Nein

Durchfall Ja Nein

Aggressivität Ja Nein

Infektionen/MRE (Noro/MRSA/Clost./ESBL/VRE) Ja Nein

Bei Ja: Welche? _____

Andere Infektionen Ja Nein

Bei Ja: Welche? _____

Antibiotika/Chemotherapeutika Ja Nein

Bei Ja: Welche? _____

Nasogastr./Sonde

PEG

Tracheostoma

Nephostoma

ZVK

Dialyse

besondere Medikamente:

➔ **Assessment den Barthel-Index**

Kategorie	Punkte I	Punkte II
1. Essen		
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfebedürftig	0	
2. Baden		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
3. Waschen		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	
4. An- und Auskleiden		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfebedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5	
Total hilfebedürftig	0	
5. Stuhlkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
6. Urinkontrolle		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
7. Toilettenbenutzung		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
9. Bewegung		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15	
Mindestens 50 m gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
Für Rollstuhlfahrer: unabhängig für mindestens 50 m		
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen		
10. Treppensteigen		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)		
Braucht Hilfe oder Supervision		
Kann nicht Treppensteigen		
Gesamtpunktzahl (max. 100)		

Arztbrief vorhanden (kann zugefügt werden)

Datum / Unterschrift
des zuweisenden Arztes:

(Name in Druckbuchstaben)

Tel.-Nr. für Rückfragen:

Stempel des Zuweisers

Wir bitten vor Aufnahme um eine Vorlage eines negativen Covid PCR Test, der nicht älter ist als 24 h.

Patient wird aufgenommen	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	Uhrzeit:
Datum:	Kürzel:	