

Per Fax bitte an die
+49 89 85791-1406

Ansprechpartner
Belegungsmanagement Frau Tietz +49 89 85791-1415

Verlegende Klinik	
Name	
Straße	
PLZ/Ort	
Ansprechpartner	
Tel.-Nr. Arzt	
Fax	
E-Mail	
Tel.-Nr. Station	
Versicherungs- status	<input type="radio"/> Privat <input type="radio"/> Gesetzlich <input type="radio"/> 1-Bett <input type="radio"/> 2-Bett <input type="radio"/> Chefarzt
Aufnahmetag Akutklinik	

Patient	
Name	
Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
PLZ/Ort	
Name Angehöriger	
Telefon	
Betreuung	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Vorsorgevollmacht	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Ansprechpartner	
Telefon	
Sprache	Deutsch, _____

Ärztliche Einschätzung

Hauptdiagnosen	

Nebendiagnosen	

Operation während des Aufenthalts?	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein <input type="radio"/> Wenn ja:
Welche Operation?	
Wann?	
Wie wird die Operationswunde versorgt?	
Liegt eine Wundheilungsstörung vor?	
Welche Belastungsstörungen sind aufgrund der Operation zu beachten?	
Bitte senden Sie uns ein aktuelles Foto der OP-Wunde	

Aktuell auf:	<input type="radio"/> Intensiv, Dauer _____ <input type="radio"/> Normalstation
---------------------	---

Welche aktuelle Ursache führte zur Beatmung?	

Wird der Patient derzeit beatmet?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Wenn ja:
Wie lange wurde der Patient invasiv beatmet?	von:		bis:
Tracheotomiert?	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein
Wenn ja: Wann? (Datum)	Wie?	<input type="radio"/> Chirurgisch	<input type="radio"/> Dilatation
Trachealkanüle:		TK Größe:	
Aktuelle nichtinvasive Beatmung	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> Nur Sauerstoff
Sauerstoff, wie viel?	Beatmung:	Nasenbrille:	High Flow:
Nichtinvasive Beatmung	Maske:	Gerät:	
NIV-Stunden pro Tag:		Geräteverordnung:	<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein
Rehabilitationswilligkeit:	<input type="radio"/> Ja		<input type="radio"/> Nein

Infektiologie			
Keimnachweis:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	Keim:
MRSA:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
MRGN:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	<input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4
VRE:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
COVID-19, V. a. COVID:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Clostridium difficile:	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein	
Pseudomonas:	Ja		Nein

Aktuelle BGA (Bitte als Anlage eine Übersicht beilegen)			
pO2	mmHg bei FiO2: _____		pH
pCO2	mmHg spontan: _____	unter Beatmung:	HCO3

Labor (Bitte als Anlage eine Übersicht beilegen)			
CRP:	mg/dl	Hb:	g/dl
		Kreatinin:	mg/dl

aktuelle Medikation

Welche Antibiotika wurden während des stationären Aufenthalts verabreicht? (Dauer/Präparat)

Ernährung	
<input type="radio"/> Oral	<input type="radio"/> PEG/PEJ
<input type="radio"/> Magensonde	<input type="radio"/> ZVK

Allergien	
<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welche?	

Hilfsmittel	
<input type="radio"/> Rollator	<input type="radio"/> Rollstuhl
<input type="radio"/> Sonstiges:	

Vigilanzzustand	
<input type="radio"/> ruhig und wach	<input type="radio"/> sediert, aber erweckbar
<input type="radio"/> agitiert	<input type="radio"/> fixiert

Selbsthilfefähigkeit (nach Barthel/Frühreha-Index, siehe Anlage)	
_____ Barthel-Index	minus _____ Frühreha-Index

Mobilität und Selbstständigkeit vor der akuten Erkrankung

Vor der akuten Erkrankung zu Hause selbstständig mobil?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vor der akuten Erkrankung in der Lage Treppen zu steigen?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vor der akuten Erkrankung pflegerische Unterstützung durch Angehörige oder Laien notwendig?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Vor der akuten Erkrankung pflegerische Unterstützung durch einen Pflegedienst?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Pflegegrad vor der akuten Erkrankung?	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Wenn ja, welcher?		

Häusliche Situation vor der akuten Erkrankung

<input type="radio"/> zu Hause wohnend? Wenn ja: <input type="radio"/> allein <input type="radio"/> mit sonstigen Personen	<input type="radio"/> betreutes Wohnen
In welcher Etage? _____	<input type="radio"/> In einer Alters-/Pflegeeinrichtung
Aufzug vorhanden? <input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	

Pflegerische Einschätzung

Weitere Patientendaten

Größe:	cm	Gewicht:	kg	BMI:	
Pflegegrad:	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5

Venenzugang

Braunüle

ZVK

Wenn ja, seit:

Arterieller Zugang

A. radialis

A. femoralis

A.

Wenn ja, seit:

Blasenkatheter/Suprapubischer Katheter

Transurethraler Katheter

Suprapubischer Katheter

Spülkatheter

Wenn ja, seit:

Drainage/sonstige Zugänge

Art	
Ort	
Seit wann?	

Magen/Darmtrakt

Magensonde

PEG

Anus praeter

Hautstatus

<input type="radio"/> Dekubitus	Ort:	Größe:	Grad:
<input type="radio"/> Dekubitus	Ort:	Größe:	Grad:
Wird eine Wechseldruckmatratze benötigt?		<input type="radio"/> Ja <input type="radio"/> Nein	
<input type="radio"/> Chronische Wunden	Ort:	Größe:	

Pflegesituation – Kooperation

Voll pflegebedürftig	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Teilweise pflegebedürftig	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Selbstständige Nahrungsaufnahme möglich	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Selbstständiges Sitzen auf der Bettkante (Rumpfkontrolle)	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein
Stehen mit Hilfe vor dem Bett möglich	<input type="radio"/> Ja	<input type="radio"/> Nein

Mobilität

komplett bettlägerig

Bettkante

Sessel

Bemerkungen:

Bewusstseinslage/Psychosoziale Anamnese

Vigilanzzustand:	<input type="radio"/> sediert aber erweckbar	<input type="radio"/> ruhig und wach
<input type="radio"/> orientiert	<input type="radio"/> unruhig/agitiert	<input type="radio"/> Fixierung
Motivation/Kooperation:		

Sonstiges/Bemerkungen

Sobald uns der Anmeldebogen vorliegt und eine Möglichkeit der Übernahme besteht, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Bei Verschlechterung des Zustandes oder sonstigen neuen Aspekten, die eine Übernahme beeinflussen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.

Früh-Reha-Index (FRI) und Barthel-Index NFR-B

A	Frühreha-Index	Nein	Ja	Pkt.	Bemerkungen
	Intensivmedizinisch überwachungspflichtig	0	-50		Grund
	Absaugepflichtiges Tracheostoma	0	-50		
	Intermittierende Beatmung	0	-50		Invasiv/nicht-invasiv
	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0	-50		z. B. Bettflucht oder Stationsflucht
	Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0	-50		z. B. Fremdaggressivität, Eigengefährdung oder Suizidalität
	Schwere Verständigungsstörung	0	-25		Grund
	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50		Aspirationsgefahr, PEG oder Magensonde
	Frühreha-Index (FRI)	Summe		-	

B	Barthel-Index	15 Punkte	10 Punkte	5 Punkte	0 Punkte	Pkt.
	Essen	-	Selbstständig (Essen steht in Reichweite) <u>oder</u> selbstständige PEG-Versorgung	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen, <u>oder</u> Hilfe bei MS-/PEG-Versorgung	kein selbstständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS-/PEG-Ernährung	
	An- und Auskleiden	-	Unabhängig (einschl. Knöpfe, Reißverschlüsse und Schnürsenkel etc.)	Benötigt Hilfe, kann mind. den Oberkörper selbstständig an- und ausziehen	Erfüllt Voraussetzungen nicht	
	Körperpflege	-	-	Unabhängiges Gesicht waschen, Haare kämmen, Zähne putzen und rasieren (Wenn die Geräte bereitgestellt werden)	Benötigt Hilfe bei der eigenen Körperpflege	
	Baden/Duschen	-	-	Unabhängig ohne Aufsicht oder Hilfe	Mit Aufsicht oder Hilfe	
	Auf- und Umsetzen	Unabhängig, Transfer aus liegender Position selbstständig	Benötigt beim Aufrichten und/oder Transfer geringe körperliche oder verbale Unterstützung	Benötigt beim Aufrichten und/oder Transfer große körperliche Unterstützung	Wird aufgrund der Befindlichkeiten nicht aus dem Bett transferiert	
	Aufstehen und Gehen/ Fortbewegung	Unabhängig, geht mind. 50 m ohne Gehwagen (kann aber Gehhilfen, z. B. Stock benutzen)	Transfer in den Stand selbstständig, geht ohne Hilfe oder Aufsicht mind. 50 m mit Gehwagen	Transfer in den Stand mit Hilfe, bewältigt Strecken im Wohnbereich mit Hilfe oder am Gehwagen; <u>Alternativ:</u> im Wohnbereich im Rollstuhl selbstständig	Erfüllt Voraussetzungen nicht	
	Treppensteigen	-	Steigt ohne Aufsicht oder personelle Hilfe über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter (Handlauf, Stock oder Gehhilfen können benutzt werden)	Steigt mit Aufsicht und personeller Hilfe über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	Erfüllt Voraussetzungen nicht	
	Toilettenbenutzung	-	Unabhängig (beim hinsetzen und Aufstehen, Aus- und Anziehen und Spülung/Reinigung)	Benötigt Aufsicht oder Hilfe	Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	
	Stuhlkontinenz	-	Kontinent (ein AP wird ggf. komplett selbstständig versorgt)	Gelegentlich Inkontinent (höchstens 1x wöchentlich) <u>oder</u> Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	Mehr als 1x wöchentlich Stuhlinkontinent	
	Harnkontinenz	-	Kontinent (ein Kathetersystem wird ggf. selbstständig versorgt)	Gelegentlich Inkontinent (höchstens 1x täglich) <u>oder</u> Hilfe bei Versorgung eines Kathetersystems	Mehr als 1x wöchentlich Harninkontinent	

Barthel-Index (B)	
Früh-Reha-Index (A)	
Gesamt	