

# Anmeldung zur Frührehabilitation

## Asklepios Kliniken St. Georg, Nord und Harburg



Asklepios Klinik St. Georg Sektion Frührehabilitation Neurologisch-neurochirurgische und fachübergreifende Frührehabilitation  Tel.: 040/1818-85 26 20 Fax: 040/1818-85 26 29	Asklepios Klinik Harburg Abteilung Neurologisch- neurochirurgische und fachübergreifende Frührehabilitation  Tel.: 040/1818-86 23 60 Fax: 040/1818-86 30 92	Asklepios Klinik Nord Neurologische Abteilung Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation  Tel.: 040/1818-87 30 76 Fax: 040/1818-87 30 69
--	--	---

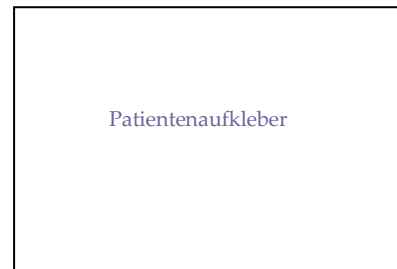
Anmeldende Klinik: \_\_\_\_\_

Arzt (Telefon Durchwahl): \_\_\_\_\_

Station (Telefon Durchwahl): \_\_\_\_\_

Fax: \_\_\_\_\_

Klinikstempel:



Datum: \_\_\_\_\_

### Diagnosen

(bitte mit Erkrankungs- / ggf. OP-Datum)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- |   |  |   |  |
|---|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> keine aktuelle Infektion | <input type="checkbox"/> Pneumonie / Tracheobronchitis   | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt                 | <input type="checkbox"/> sonstige Infektion:   |
| <input type="checkbox"/> Bewußtseinslage wach     | <input type="checkbox"/> Bewusstseinslage somnolent      | <input type="checkbox"/> schwere Orientierungsstörung   | <input type="checkbox"/> Neglect               |
| <input type="checkbox"/> schwere Aphasie          | <input type="checkbox"/> schwere Dysphagie               | <input type="checkbox"/> <b>Monitoring erforderlich</b> | <input type="checkbox"/> <b>Trachealkanüle</b> |
| <input type="checkbox"/> PEG                      | <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde              | <input type="checkbox"/> ZVK                            | <input type="checkbox"/> parenter. Ernährung   |
| <input type="checkbox"/> Pat. ist bettlägerig     | <input type="checkbox"/> Pat. kann sitzen (Dauer: ___ h) | <input type="checkbox"/> Fixierung                      | <input type="checkbox"/> Dekubitus : _____     |
| <input type="checkbox"/> Betreuung ist angeregt   | <input type="checkbox"/> Betreuung / Vollmacht liegt vor | <input type="checkbox"/> Dialyse                        | <input type="checkbox"/> KG > 120 kg           |

### Isolation:

- |  |                                       |                                       |                                     |
|--|---------------------------------------|---------------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <b>MRSA</b>                                       | <input type="checkbox"/> <b>3MRGN</b> | <input type="checkbox"/> <b>4MRGN</b> | <input type="checkbox"/> <b>VRE</b> |
| <input type="checkbox"/> <b>Andere isolierpflichtige Erkrankung:</b> _____ |                                       |                                       |                                     |

**MRE-Screening** (Nasen-Rachen-Abstrich, Leiste-Anus-Abstrich, Urinkultur, ggf. Wundabstrich inkl. PEG-Eintritt und ggf. Trachealsekretkultur) **innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt:**

- ja                       ja, Befunde noch ausstehend                       nein, Entnahme erfolgt umgehend

# Anmeldung zur Frührehabilitation

## Asklepios Kliniken St. Georg, Nord und Harburg

Frühreha-Barthel-Index Datum: Name:



Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (Monitoring bei konkreter Gefährdung inkl. geblockter TK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
absaugpflichtiges Tracheostoma (mind. 1x pro Schicht absaugpflichtig)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
(intermittierende) Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung <u>mit</u> konkreter Eigen- und/oder Fremdgefährdung (Fixierung, ständige Aufsicht oder geschlossenes Setting zur Gefahrenabwehr zwingend erforderlich)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung <u>mit</u> konkreter Eigen- und/oder Fremdgefährdung (Fixierung, ständige Aufsicht oder geschlossenes Setting zur Gefahrenabwehr zwingend erforderlich), nicht nur durch Orientierungsstörung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
schwere Verständigungsstörung (bei sonst prinzipiell kommunikationsfähigen Patienten mit erhaltenem Bewusstsein, z.B. sehr schwere Aphasie, Locked-in-Syndrom, ständig geblockte TK)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-25 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (geblockte Trachealkanüle oder Beaufsichtigung des Schluckens erforderlich; Aspirationsgefährdung nicht allein durch Sonden- oder parenterale Ernährung hinreichend vermindert)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	-50 0
<b>FRI:</b>		<b>P</b>

<b>ESSEN</b>		
<b>komplett selbständig</b> oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/>	10
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, <b>aber</b> selbständiges Einnehmen <b>oder</b> Hilfe bei <b>MS/PEG</b> -Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/>	5
kein selbständiges Einnehmen <b>und</b> keine MS/PEG-Ernährung	<input type="checkbox"/>	0
<b>AUFSETZEN &amp; UMSETZEN</b>		
<b>komplett selbständig</b> aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	<input type="checkbox"/>	15
<b>Aufsicht oder geringe Hilfe</b> (ungeschulte Laienhilfe)	<input type="checkbox"/>	10
<b>erhebliche Hilfe</b> (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	<input type="checkbox"/>	5
wird <b>faktisch</b> nicht aus dem Bett transferiert	<input type="checkbox"/>	0
<b>SICH WASCHEN</b>		
vor Ort <b>komplett</b> selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/>	5
<b>erfüllt „5“ nicht</b>	<input type="checkbox"/>	0
<b>TOILETTENBENUTZUNG</b>		
vor Ort <b>komplett</b> selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung	<input type="checkbox"/>	10
<b>vor Ort</b> Hilfe und Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung <b>erforderlich</b>	<input type="checkbox"/>	5
benutzt <b>faktisch</b> weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/>	0
<b>BADEN / DUSCHEN</b>		
selbständiges Baden / Duschen <b>incl. Ein-/Ausstieg; sich reinigen und abtrocknen</b>	<input type="checkbox"/>	5
<b>erfüllt „5“ nicht</b>	<input type="checkbox"/>	0
<b>AUFSTEHEN &amp; GEHEN</b>		
<b>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe</b> vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen ( <b>aber ggf. Stöcken/Gehstützen</b> ) gehen	<input type="checkbox"/>	15
<b>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe</b> vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	<input type="checkbox"/>	10
<b>mit Laienhilfe oder Gehwagen</b> vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen,	<input type="checkbox"/>	5
<b>alternativ:</b> im Wohnbereich <b>komplett selbständig mit Rollstuhl</b>	<input type="checkbox"/>	0
<b>erfüllt „5“ nicht</b>	<input type="checkbox"/>	0
<b>TREPPENSTEIGEN</b>		
<b>ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf.incl. Stöcken/Gehstützen)</b> mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen	<input type="checkbox"/>	10
mit Aufsicht oder Laienhilfe <b>mind.</b> ein Stockwerk hinauf und hinunter	<input type="checkbox"/>	5
<b>erfüllt „5“ nicht</b>	<input type="checkbox"/>	0
<b>AN- / AUSKLEIDEN</b>		
<b>zieht sich</b> in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. Hilfsmittel wie ATS, Prothesen) an und aus	<input type="checkbox"/>	10
<b>kleidet mindestens den</b> Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, <b>sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind</b>	<input type="checkbox"/>	5
<b>erfüllt „5“ nicht</b>	<input type="checkbox"/>	0
<b>Stuhlkontrolle</b>		
<b>ist stuhlinkontinent, ggf.</b> selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	<input type="checkbox"/>	10
<b>ist durchschnittlich</b> nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <b>oder benötigt</b> Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung	<input type="checkbox"/>	5
<b>ist durchschnittlich</b> mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/>	0
<b>Harnkontrolle</b>		
<b>ist harnkontinent oder</b> kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK <b>komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)</b>	<input type="checkbox"/>	10
kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen <b>von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt</b> Hilfe bei der Versorgung seines <b>Harnkathetersystems</b>	<input type="checkbox"/>	5
<b>ist durchschnittlich</b> mehr als 1x/Tag harnkontinent	<input type="checkbox"/>	0

**Barthel:** **P**

**FRI** - .....**P** + **Barthel** .....**P** = Σ .....**P**

# Anmeldung zur Frührehabilitation

Asklepios Kliniken St. Georg, Nord und Harburg

Koma-Remissions-Skala (KRS) Datum:

(bitte **nur** ausfüllen und faxen **bei Bewusstseinsstörung!**)



Name:

<b>1. Erweckbarkeit /Aufmerksamkeit (auf beliebigen Reiz)</b>		<b>max. 5</b>
Aufmerksamkeit für mind. 1 min.	gerichtet über mindestens 1 min. (auf interessanten Reiz, ohne abgelenkt zu werden)	<input type="checkbox"/> 5
Verweilen am Reiz (länger als 5 sec.)	<b>Verharren / Verweilen</b> am Reiz für erkennbaren Moment (fixiert mit den Augen, „spitzt Ohren“, ergreift, ertastet), aber leicht ablenkbar oder „schaltet ab“	<input type="checkbox"/> 4
Hinwendung zum Reiz	<b>Hinwendung</b> zum Reiz (Augen, Kopf, Körper, vegetativ)	<input type="checkbox"/> 3
Augenöffnung spontan	spontanes Augenöffnen ohne äußeren Reiz (Schlaf-Wach-Rh)	<input type="checkbox"/> 2
Keine Erweckbarkeit		<input type="checkbox"/> 0
<b>2. Motorische Antwort</b>		<b>max. 6</b>
Spontanes Greifen	greift spontan nach vorgehaltenen Gegenständen	<input type="checkbox"/> 6
Gezielte Abwehr	gezielt auf Schmerz (Abwehr)	<input type="checkbox"/> 5
Körper-Haltereaktion erkennbar	adäquate Gleichgewichts- u./o. Haltereaktion im Sitzen	<input type="checkbox"/> 4
Ungezielte Abwehr (vegetatives oder spastisches Muster)	ungezielt auf Schmerz oder nur vegetative Reaktion oder Zunahme des spastischen Musters	<input type="checkbox"/> 3
Beugt	<b>Beuge-Synergismen</b> (starke, kaum auflösbare Beugung) (Arme), Beine können strecken	<input type="checkbox"/> 2
Streckt	<b>Streck-Synergismen</b> (typ. Dezerebrationsstarre)	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
<b>3. Reaktion auf akustische Reize</b>		<b>max. 3</b>
differenziert	erkennt (vertraute) Stimmen oder Musik (differenzierte Reaktion)	<input type="checkbox"/> 3
Hinwendung	<b>Hinwendungsreaktion</b> (Augenöffnen, fixiert, wendet Kopf, emotionale Reaktion, evtl. Lächeln)	<input type="checkbox"/> 2
vegetativ	vegetative Reaktion (Puls, RR, Schwitzen, Unruhe, Schreckreaktion, Augenblinzeln)	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
<b>4. Reaktion auf visuelle Reize</b>		<b>max. 4</b>
erkennt	erkennt Abbildungen, Personen, Gegenstände	<input type="checkbox"/> 4
verfolgt	verfolgt (gezielt) Bilder etc. ohne Hinweis auf Erkennen evtl. fraglich inkonstant	<input type="checkbox"/> 3
fixiert	fixiert Bilder etc. ohne mit dem Blick nachzufolgen	<input type="checkbox"/> 2
zufälliges Anschauen	gelegentliches, zufälliges Anschauen	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
<b>5. Reaktion auf taktile Reize</b>		<b>max. 3</b>
erkennt	kann Gegenstände etc. betasten, fühlen und erkennen adäquate Reaktion auf Reize im Mund/Gesicht	<input type="checkbox"/> 3
tastet spontan, greift gezielt	tastet spontan, fühlt und greift gezielt, aber ohne adäquate Reaktion (ohne Sinnverständnis)	<input type="checkbox"/> 2
unspezifisch vegetativ	unspezif. Reaktion auf Streicheln oder passive Berührung (vegetative Zeichen: Unruhe, Puls, etc.)	<input type="checkbox"/> 1
keine		<input type="checkbox"/> 0
<b>6. Verbale Reaktion (Sprechmotorische Antwort)</b>		<b>max. 3</b>
verständlich artikuliert	verständliche Äußerung (mindestens 1 verständlich artikuliertes Wort, wenn auch nicht sinn- oder situationsbezogen)	<input type="checkbox"/> 3
unverständlich, unartikuliert	unverständliche Lautäußerungen	<input type="checkbox"/> 2
stöhnt, schreit	Stöhnen, Schreien, Husten (emotional, vegetativ getönt)	<input type="checkbox"/> 1
keine	keine Phonation/Artikulation	<input type="checkbox"/> 0
<b>Gesamt-Score</b>		