

### Voraussetzung zur Aufnahme in der Frührehabilitation

- Der Patient ist infektfrei
- Der Patient ist vom Respirator entwöhnt
- Der Patient benötigt keine Spritzenpumpe
- Der Patient ist belastungsstabil
- Die Hygienebefunde (Covid-19, MRSA, VRE, 3MRGN) liegen vor der Übernahme vor

**Bei Abweichung ist eine vorherige Rücksprache notwendig.**

**Am Übernahmetag sollte der Patient bis 12Uhr auf der Station im Clemenshospital angekommen sein.**

**Ludgerus-Kliniken, Clemenshospital**  
Düesbergweg 124, 48153 Münster

**Department für neurochirurgisch-neurotraumatologische Frührehabilitation**

**Departmentleiter:**

**Ltd. OA Dr. med. B. Hoffmann**

Neurochirurgische Klinik:

Chefärztin Prof. Dr. med. U. Schick

Case Management Tel.: 0251 / 976 – 5356

Fax: 0251 / 976 – 5212

#### Zuweisendes Krankenhaus:

Name:

Ansprechpartner:

Fachrichtung:

Telefonnummer:

Datum:

Faxnummer:

#### Angaben zum Patienten:

Name:

Vorname:

Geb.:

Wohnort:

Kostenträger:

Angehörige: (Kontaktdaten):

Vorbestehender Pflegegrad:  Nein  Ja Pflegegrad:

Lebt der Patient  zuhause allein  zu Hause mit Angehörigen  
 in einer Pflegeeinrichtung

Ist eine Kommunikation mit dem Patienten in deutscher Sprache möglich?

Nein  Ja

Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

Liegt eine Patientenverfügung/Vorsorgevollmacht vor?  Nein  Ja

Gesetzliche Betreuung:  Ja  Nein  beantragt

bevollmächtigte Person:

Telefonnummer:

#### Diagnosen:

Hauptdiagnose:

○

Relevante Nebendiagnosen:

○

○

○

Therapien/OP:

- 
- 

Akuter Krankheitsbeginn/Unfalldatum:

Wann ist der Patient medizinisch verlegungsfähig?  sofort  nach Rücksprache

**Relevante Informationen:**

- 1. Atmung:**  Trachealkanüle  perkutan  operativ  
 Beatmung  CPAP  Spontan  NIV
- 2. Devices:**  ZVK  NGS  PEG/ PEJ  
 Blasenkatheter  Transurethral  Suprapubisch  
 Hirndrucksonde/ VD
- 3. Dialyse:**  Ja  Nein
- 4. Mikrobiologie:**  
Aktueller Infekt:  
Fieber:  ja  Nein  
Antibiose mit:  
 MRSA  3MRGN  4MRGN  VRE  
 Clostridium difficile  Sonstiges:
- 5. Mobilisation:**  
Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Frührehabilitation  
voll belastbar  Teilbelastbar mit:  
übungsstabil   
Spezialbett erforderlich  ja  nein  
Dekubitus  Ja  Nein

**Allgemeine Daten:**

Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt

Ja  Nein

**Sollte der Patient nach Übernahme wider Erwarten innerhalb von 72h intensivpflichtig werden, erklären Sie sich mit einer Rückübernahme einverstanden.**

**Unterschrift:** \_\_\_\_\_

**Frühreha- Barthel- Index**

Patienten:

Datum:

<b>Intensivmedizinisch überwachungspflichtig</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>Kreislaufinstabilität mit Monitoring</li> <li>Pulmonale Instabilität mit Monitoring</li> <li>Intensivmedizinisch überwachungspflichtige Begleiterkrankung</li> </ul>		-50	
<b>Absaugpflichtiges Tracheostoma</b>		-50	
<b>Intermittierende Beatmung</b>		-50	
<b>Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung</b>			
Situative Orientierungsstörung bei mobilen Patienten mit Weglauftendenz Überwachung wegen potentieller Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig		-50	
<b>Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung</b>			
Patient mit aggressivem oder autoaggressivem Verhalten oder verminderter Impulssteuerung der diesbezüglich zeitweise einer Fixierung bedarf bzw. bei dem eine Fixierung nur durch intensive pflegerische Überwachung vermieden werden kann		-50	
<b>Schwere Verständigungsstörung</b>		-25	
<b>Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung</b>		-50	
<b>Essen und Trinken</b>	Unabhängig, isst und trinkt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch und Brot schneiden	5	
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	
<b>Bett-(Roll-) Stuhltransfer</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15	
	Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung notwendig	10	
	Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbständig	5	
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	
<b>Persönliche Pflege</b>	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen und Zähneputzen	5	
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	0	
<b>Toilettenbenutzung</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	10	
	Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung / Reinigung	5	
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	
<b>Baden/Duschen</b>	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5	
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0	
<b>Gehen/ Rollstuhlfahren auf Flurebene</b>	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt nicht Gehwagen	15	
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen	10	
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einem Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5	
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10	
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5	
	Nicht selbständig, Pat kann auch mit Hilfe eine Treppe nicht steigen	0	
<b>An- und Auskleiden</b>	Unabhängig beim An- und Auskleiden	10	
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen	5	
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	
<b>Stuhlkontrolle</b>	Ständig kontinent	10	
	Eigentlich kontinent, max. 1x pro Woche kontinent	5	
	Häufiger/ständig inkontinent	0	
<b>Harnkontrolle</b>	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix	10	
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Tag, Hilfe bei externer Harnableitung	5	
	Häufiger/ständig inkontinent	0	

Orientierung:  Ja  Nein  wechselhaft  zur Person  Ort  Zeit  nicht beurteilbar

	Ja	Nein	Nicht beurteilbar	In Prüfung
Vigilanzstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Emot. Belastungsreaktion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neglect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frührehaindex	
Barthelindex	
Gesamt-FBI	