



TELEFAX
0 22 65 995-100

SEHR GEEHRTE KOLLEGINNEN UND KOLLEGEN, LIEBE ZUWEISER,

für die in der MEDICLIN Klinik Reichshof in Eckenhagen angebotene neurointensivmedizinische Versorgung inklusive der Beatmungsentwöhnung (Weaning) und der neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation der Phase B als Akutkrankenhausbehandlung benötigen Sie keinen „Reha-Antrag“ an den Kostenträger, da es sich um eine reguläre Direktverlegung von Krankenhaus zu Krankenhaus handelt.

Da es sich formal um eine Fortführung der medizinischen Behandlung in einem (anderen) Akutkrankenhaus handelt, benötigen wir zur Beurteilung der Übernahmemöglichkeit der Patienten jedoch neben den üblichen klinischen Angaben zusätzlich:

- > **Argumente für das Fortbestehen des akut-(intensiv)medizinischen Behandlungsbedarf (siehe Seite 3/4) und**
- > **den Nachweis eines der Phase B entsprechenden Schweregrades der Einschränkungen des Patienten (Barthel-Index plus Frühreha-Index, Faustregel: Summe maximal < 35 Punkte, siehe Seite 4/4).**

Wenn Sie uns den nachfolgenden Anmeldebogen vollständig ausgefüllt zusenden, ermöglichen Sie uns die rasche Entscheidung über die Aufnahme.

BITTE GEBEN SIE ZUR VERLEGUNG IMMER FOLGENDE ELEMENTE UND INFORMATIONEN MIT:

- > aktuellen, unterschriebenen Arztbrief,
- > Pflegeüberleitung (ggf. mit Wunddokumentation)
- > die relevante Bildgebung, d.h. CT, MRT, RÖ auf CD / DVD,
oder alternativ senden Sie die Bilder über den Westdeutschen Teleradiologieverbund
- > aktuelle und relevante mikrobiologische Befunde

Für Rückfragen stehen wir Ihnen gerne telefonisch unter 0 22 65 995-235 oder -735 zur Verfügung.
Wir danken Ihnen für Ihre Unterstützung und Kooperation.

IHR NEUROINTENSIV- UND FRÜHREHATEAM



Priv.-Doz. Dr. med. Bert Bosche

Ltd. Arzt
Neurologische Intensivmedizin mit
Neurologisch-neurochirurgischer Frührehabilitation und Weaning
Facharzt für Neurologie, Spez. Neurologische Intensivmedizin

Tanja Düperthal

Stationsleitung
Fachkrankenschwester
für Intensivpflege und Anästhesie

WEITERE FACHÄRZTE

Dr. med. Matthias Schmalenbach, FA für Innere Medizin und Pneumologie
Dr. Dr. med. Marek Molcanyi, FA für Neurochirurgie
Dr. med. Peter N. Nolte, FA für Neurologie, Psychiatrie und Rehabilitationswesen
Dr. med. Jens Claassen, FA für Neurologie

Klinik für Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation und Weaning
Ltd. Arzt Priv.-Doz. Dr. med. Bert Bosche
Aufnahme

 Telefon 0 22 65 995-235 oder -735, Telefax 0 22 65 995-100
 NNFR.Reichshof@mediclin.de

ZUWEISERDATEN
Einweisende Klinik:

Behandelnder Arzt:

Name	Telefon
------	---------

Station / Pflege:

Name	Telefon
------	---------

Sozialdienst:

Name	Telefon
------	---------

PATIENTENDATEN

Patientenetikett

Angehörige / r

Name	Telefon
------	---------

Vorsorgevollmacht / Betreuung:

nein ja, bitte Kontakt

Name	Telefon
------	---------

Pflegegrad:

nein

ja

privat versichert

privat zusatzversichert

Kostenträger / Kasse:

Chefarztbehandlung

DIAGNOSEN

1.	5.
2.	6.
3.	7.
4.	8.

KLINISCHER ZUSTAND
Vigilanz: agitiert ruhig wach ansprechbar somnolent soporös komatös

Syndrom: Hemiparese Paraparese Tetraparese Dysphagie Aphasie Dysarthrophonie Neglect Delir

Mobilitätsgrad:

 Bettlägerig Bettkante Mobi-Stuhl
 Stand mit Hilfe frei
 Gehfähig mit Hilfsperson Gehstützen Rollator

Welche Hilfsmittel sind vorhanden? _____

Ernährung: normal passierte / flüssige Kost Sondenkost parenteral

Aktuelle Entzündungszeichen:

 CRP _____ mg/l Leukozyten _____ x10⁶/µl vom _____.

ZUGÄNGE

ZVK art. BP-M. TK NGS PEG DK SPK EVD LD andere Drainage, wenn ja, welche: _____

ATMUNG / BEATMUNG

nein ja spontan, ggf. Sauerstoffgabe ____ l/min wenn ja, seit wann: _____
 nein ja Tracheostoma (chirurgisch/dilatativ), Kanülentyp: _____ wenn ja, seit wann: _____
 nein ja überwachungs-/monitorpflichtig wenn ja, seit wann: _____
 nein ja maschinell unterstützte Beatmung, aktueller Modus/Einstellung: _____ wenn ja, seit wann: _____
 nein ja kontrollierte Beatmung, aktueller Modus/Einstellung: _____ wenn ja, seit wann: _____
 nein ja Weaning-Hindernisse, wenn ja, welche _____ wenn ja, seit wann: _____

KEIMBESIEDLUNG

MRSA: nein ja **3-MRGN:** nein ja, Keim _____ **4-MRGN:** nein ja, Keim _____
Clostr. diff. nein ja **Oder andere:** nein ja wenn ja, welche: _____

Region	Positiv	Negativ	Datum	Region	Positiv	Negativ	Datum
Nase			_____	Rektal/Perianal			_____
Rachen			_____	Rachen			_____
Leiste			_____	Leiste			_____

WUNDEN / DEKUBITI

Wunden nein ja wenn ja, wo: _____
Dekubitus nein ja wenn ja, wo: _____

Falls Wunden oder Dekubitus vorliegen bitte Wunddokumentation als Fax-Anlage beifügen!

AKTUELLE MEDIKATION (bitte möglichst vollständig)

		oral	intravenös

oder alternativ: gedruckter Medikamentenplan als Fax-Anlage

AKUTMEDIZINISCHER HANDLUNGSBEDARF

bitte zutreffendes ankreuzen

A01	Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung (Beatmungsplatz erforderlich)	
A02	Intensive Überwachung inkl. Monitoring (vorübergehende Unterbrechung für Diagnostik und Therapie möglich)	
A03	Notwendigkeit der engmaschigen (mindestens alle 4 Stunden) Kontrolle der Vitalparameter	
A04	Abtrainieren vom Tracheostoma	
A05	Infektion mit Temperaturerhöhung > 38°C	
A06	Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i.v. Medikamentengabe oder parenteraler Ernährung	
A07	Absaugpflichtiges Tracheostoma	
A08	Entwöhnung nasogastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau bei beaufsichtigungspflichtiger Dysphagie mit Aspirationsgefahr. Diese wird in einer 1:1 Situation durch erfahrenes Personal beurteilt	
A09	Vegetative Entgleisungen oder Instabilität (z.B. zentrale Hyperthermie, zentrale Emesis, krisenhafte Blutdruckschwankungen, Tachypnoe in Ruhe, Tachykardie in Ruhe > 120/min., exzessives und bilanzrelevantes Schwitzen)	
A10	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- (insbesondere bei fehlendem Knochendeckel) und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens	
A11	Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z.B. Redression, intensiver Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofen-Pumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie)	
A12	Akuter auch intermittierend auftretender Verwirrheitszustand oder plötzliche Bewusstseinsstörung	
A13	VP-Shunt- oder Baclofen-Pumpeneinstellung	
A14	Vorhandensein von ZVK, EVD, Thoraxdrainage, Spül drainagen	
B01	BI (nach dem Hamburger Manual) < 35 Pkt. = impliziert eine hohe Pflegeintensität	
B02	Maßgebliche medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)	
B03	Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitus therapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mindestens 3-stündlichen Umlagerung	
B04	Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht	
B05	Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (mindestens 3 Untersuchungs-Verfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)	
B06	Schwere Verständigungsstörung mit intensivem Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf	
B07	Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage / -verschluss / erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage, etc.)	
B08	Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit mindestens 2 x pro Woche Laborkontrolle	
C01	Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung	
C02	Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung	
C03	Starke Spastik / spastische Schübe	
C04	CT-Kontrolle(n) erforderlich, ggf. auch seriell erforderlich	
C05	VP-Shunt / -Ventil Kontrolle(n) erforderlich, ggf. auch seriell erforderlich	
C06	EVD erforderlich / Abtrainieren der EVD erforderlich	

FRÜHREHA- UND BARTHEL-INDEX

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. vegetative Krisen)		ja nein	-50 0
absaugpflichtiges Tracheostoma		ja nein	-50 0
intermittierende Beatmung		ja nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)		ja nein	-50 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und / oder Fremdgefährdung)		ja nein	-50 0
schwere Verständigungsstörungen		ja nein	-25 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		ja nein	-50 0
Essen	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird		10 5 0
Bett- / (Rollstuhl-) Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe Mit wenig Hilfe bzw. Unterstützung möglich Mit erheblicher Hilfe bzw. Unterstützung möglich Nicht möglich		15 10 5 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeit		5 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung) Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung / Reinigung Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.		10 5 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten		5 0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen. Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, mindestens 50 m. Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren.		15 10 5 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (Mehrere Stufen) Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.		10 5 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband) Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.		10 5 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK / Cystofix Ständig kontinent, max. einmal / Woche inkontinent Häufiger / ständig inkontinent		10 5 0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent Ständig kontinent, max. einmal / Woche inkontinent Häufiger / ständig inkontinent		10 5 0

Frühreha-Index _____ + Barthel-Index _____	Summe: _____
--	--------------

Name (bitte in Druckbuchstaben)	Telefon
---------------------------------	---------

Datum / Unterschrift
