

GERIATRIE ZENTRUM

Abteilung für Geriatrische Frührehabilitation
 mit Tagesklinik und neurologischem Schwerpunkt
 Abteilung für Akutgeriatrie

Wilhelmsburger Krankenhaus
 Groß-Sand

Geriatrizentrum
 Chefarzte Dr. G. Schiffner &
 Dr. A. Wefel

Groß-Sand 3
 21107 Hamburg

Tel.: +49 (0)40 75 205 -371
 Fax: +49 (0)40 75 205 -356

geriatrie@gross-sand.de
www.gross-sand.de

| Patientendaten (ggf. großer Aufkleber) |
|--|
| Name, Vorname |
| Geburtsdatum |
| Straße |
| Ort |
| Krankenkasse |
| Wahlleistungen |

Anmeldung zur Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B)

| Neurologische Hauptdiagnose (Erkrankungsbeginn) |
|--|
| |

| Nebendiagnosen |
|----------------|
| |
| |
| |
| |

| Dekubitus °/wo |
|----------------|
| |

| Hauptsymptome / klinischer Befund (Graduierung) / Verlauf / bes. Medikation | bitte markieren / Freitext |
|---|----------------------------|
| Bewusstseinslage: wach/somnolent Hemiparese Paraparese Tetraparese Apraxie Aphasie Dysphagie Orientierung! Kooperation! | |
| Mobilisationsgrad/Transfers: Bett Bettkante Sitz Stand bettlägerig rumpfinstabil gehfähig mit Hilfe | |
| Extremitätenfraktur/en eingeschränkt belastbar | |
| | |
| | |
| | |

| Status | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Trachealkanüle | <input type="checkbox"/> Dialyse (Tage) | <input type="checkbox"/> Isolierung |
| <input type="checkbox"/> stabile Spontanatmung > 48 h (ggf. RS) | <input type="checkbox"/> Körpergewicht > 120 kg | <input type="checkbox"/> MRSA |
| <input type="checkbox"/> O ₂ -Bedarf | <input type="checkbox"/> Antibiose parenteral? | <input type="checkbox"/> ESBL |
| <input type="checkbox"/> Monitorüberwachung | <input type="checkbox"/> Vacuum-Verband | <input type="checkbox"/> VRE |
| | <input type="checkbox"/> Fixierung | <input type="checkbox"/> Acinetobacter b. |

Aktuelles MRSA-Screening: vorliegend / ausstehend

FrühReha-Barthel-Index (FRB) = Barthel-Index (BI) _____ + Frühreha-Index (FRI/Schönle) _____ = Punkte

| Anmeldende Klinik (Stempel) | Verlegungstermin | Station | Rücksprache behandelnder Arzt | Anmeldedatum |
|-----------------------------|------------------|---------|-------------------------------|--------------|
| | | Telefon | Name | |
| | | Fax | Telefon | |
| | | | | |

Unterschrift

Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname, Geburtsdatum

| Barthel Index | | |
|-------------------|----|---|
| Essen | 10 | Komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-versorgung |
| | 5 | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-versorgung |
| | 0 | Kein selbständiges Einnehmen und keine MS / PEG-Ernährung |
| Transfers | 15 | Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück |
| | 10 | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) |
| | 5 | Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) |
| | 0 | Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert |
| Waschen | 5 | Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren |
| | 0 | Erfüllt "5" nicht |
| WC-Benutzung | 10 | Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung/ Reinigung |
| | 5 | Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/ Reinigung erforderlich |
| | 0 | Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl |
| Baden/duschen | 5 | Selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/ Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen |
| | 0 | Erfüllt "5" nicht |
| Aufstehen & gehen | 15 | Ohne Aufsicht oder professionelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcken / Gehstützen) gehen |
| | 10 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen |
| | 5 | Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl |
| | 0 | Erfüllt "5" nicht |
| Treppensteigen | 10 | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/ Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen |
| | 5 | Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter |
| | 0 | Erfüllt "5" nicht |
| Stuhlkontrolle | 10 | Ist Stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP- Versorgung |
| | 5 | Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche Stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/ AP-Versorgung |
| | 0 | Ist durchschnittlich mehr als 1x / Woche Stuhlinkontinent |
| Harnkontrolle | 10 | Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) |
| | 5 | Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x / Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems |
| | 0 | Ist durchschnittlich mehr als 1x / Tag harninkontinent |
| | | BI |

| FrühReha-Index (Schönle) | | |
|----------------------------------|-----|--|
| Rehabilitations- erschwerisse | -50 | Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand |
| | -50 | Absaugpflichtiges Tracheostoma |
| | -50 | Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung |
| | -50 | Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- oder Fremdgefährdung) |
| | -50 | Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung |
| | -25 | Schwere Verständigungsstörung |
| | | FRI |

BI + FRI = Σ

Bitte Anmeldung per Fax an: 040 75 205 356
Bitte um Mitgabe von relevanten Röntgenbefunden auf CD oder Folie.

Unser Anmeldeformular und die Anmeldung für unsere Geriatrische und Neurologische Frührehabilitation finden Sie unter:
<http://www.krankenhaus-gross-sand.de/servicecenter/download-center.html>