

Anmeldeformular

Akutklinik für Frührehabilitation und
interdisziplinäres Rehabilitationszentrum

Wittgensteiner Platz 1 • 19067 Leezen
Aufnahme/ Administration
Tel: +49 3866 60 -1033
Fax: +49 3866 60-1558
aufnahme.leezen@helios-gesundheit.de
www.helios-gesundheit.de/leezen

Name, Vorname:	Anmeldedatum:	m <input type="checkbox"/> / w <input type="checkbox"/>
Anschrift:	Geb. Datum:	
Anmeldende Klinik:		
Ärztlicher Ansprechpartner:	Telefon:	
Ansprechpartner Sozialdienst:	Telefon:	
Kostenträger:	Vers. Nummer:	
Betreuung vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Beantragt: <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht vorhanden: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Betreuer:		
Einverständnis des Patienten bzw. Betreuers zur Verlegung liegt vor? Ja <input type="checkbox"/> / Nein <input type="checkbox"/>		
Rehabilitationsdiagnose (evtl. Epikrise) CIM/CIP <input type="checkbox"/> ; Hypoxie <input type="checkbox"/> ; Stroke <input type="checkbox"/> ; Andere:.....		
Relevante Zusatzdiagnosen:		

Frührehabilitations-Index	Ja	Nein
1. Beatmung (invasiv)	-50 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
1.1 Nichtinvasive Ventilation (NIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
1.2 Sauerstoffzufuhr: l/min		
2. absaugpflichtiges Tracheostoma	-50 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
3. intensivmedizinischer überwachungspflichtiger Zustand	-50 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
4. beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	-50 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
5. beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	-50 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
6. schwere Verständigungsstörung	-25 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
7. beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	-50 <input type="checkbox"/>	0 <input type="checkbox"/>
Gesamt:		
Besonderheiten:	Ja	Nein
8. Gewicht.....kg / Größe.....cm		
9. Dialyse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9a. 2-lumiger Zugang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9b. punktabler Shunt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Dekubitus	Grad 3 o. 4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Grad 1 o. 2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Katecholamine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Barthel Index		
1. Essen, Trinken	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 10
2. Mobilität Umsteigen von Rollstuhl auf Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 15
3. Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren)	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 0 5
4. Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung)	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 10
5. Baden, Duschen	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 0 5
6. Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 10 15
6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, wenn Item 6 „nicht möglich“ ausgewählt wurde)	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 0 5
7. Treppen auf-/absteigen	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 10
8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 10
9. Stuhlkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 10
10. Harnkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung <input type="checkbox"/> Selbstständig <input type="checkbox"/>	0 5 10
Gesamt:		

Isolationspflichtige Keime: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	Aktuelle Atemwegssymptomatik: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? <input type="checkbox"/>	Covid od. Influenzatestung: ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>
Transplantation? <input type="checkbox"/>	Immunsuppression? <input type="checkbox"/>
VAC-Verband? <input type="checkbox"/>	Drainage? <input type="checkbox"/>
Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):	
Gewünschter Übernahmetermin:	

Aktuelle MRE-Befunde sind möglichst inkl. Resistogramm, den Verlegungsbericht sowie den aktuellen Medikationsplan als Anlage mitzusenden!