

Damit wir uns auf die Aufnahme Ihres Patienten bereits vor Anreise optimal vorbereiten können, bitten wir Sie, den Aufnahmebogen vor Verlegung vollständig ausgefüllt an uns zurückzusenden. Vielen herzlichen Dank!

Anschrift

Bitte vollständig ausfüllen.

Institution:	VAMED KLINIK KIPFENBERG Neurologische Fachklinik Konrad-Regler-Straße 1 85110 Kipfenberg
Abteilung:	Belegungsmanagement
Straße, Nummer:	Telefon: (08465) 175 – 606 Telefax: (08465) 175 – 184
PLZ, Ort:	belegung.kipfenberg@vamed-gesundheit.de
Ansprechpartner:	
Telefonnummer:	

Patientendaten

Name	Vorname	Geburtsdatum
Adresse		
Krankenkasse	Versicherungsnummer	
Vorsorgevollmacht (Wenn ja, bitte mit anfügen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Patientenverfügung (Wenn ja, bitte mit anfügen)	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	
Kontaktdaten Angehörige/Betreuer		
Geplante Abholzeit durch Transportunternehmen auf Station:		

Es besteht die Möglichkeit, eine Epikrise oder einen vorläufigen Entlassungsbrief beizufügen.

Patientendaten

Neurologische Hauptdiagnose (Reha-Diagnose)	
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> NIV (non-INVASIV) <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> INVASIV <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> O2 Liter/Min _____
Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja ►► <input type="checkbox"/> blockbar <input type="checkbox"/> unblockbar <input type="checkbox"/> Feuchte Nase <input type="checkbox"/> Sprechventil
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Arterie <input type="checkbox"/> ZVK ►► Lumen: _____ <input type="checkbox"/> Monitorüberwachung <input type="checkbox"/> Perfusor-Medikation ►► _____ <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (Eigen-/Fremdgefährdung) <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung <input type="checkbox"/> sonstiges: _____
Gewicht	<input type="checkbox"/> < 100 kg <input type="checkbox"/> > 100 kg <input type="checkbox"/> > 160 kg
Ernährung	<input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> nasogastral <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> parental
Wunden	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja, wo _____
Isolierungspflichtige Erreger	<input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja Keim-Art _____ Nachweis wo? _____

Vor Verlegung ist es nicht notwendig Zu- und Abgänge zu ziehen, da diese für die Versorgung über Sonden, Katheter usw. auch in unserem Haus benötigt werden.

Für Rückfragen bitte immer Ansprechpartner mit Telefonnummer angeben.

Datum

Station

Unterschrift/Stempel

Telefon

Bitte senden Sie der Station am Verlegungsvormittag den Entlassbrief mit aktuellem Medikationsplan, Vorsorgevollmacht, Betreuungsvollmacht und Patientenverfügung per Fax zu.

Informieren Sie uns bitte telefonisch, sobald sich das Transportunternehmen mit dem Patienten auf den Weg zu uns macht!

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	
Essen	
• komplett selbständig oder selbständige PEG1-Beschickung/-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0 <input type="checkbox"/>
Aufsetzen und Umsetzen	
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15 <input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10 <input type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5 <input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0 <input type="checkbox"/>
Sich waschen	
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5 <input type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>

Aufstehen und Gehen	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15 <input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10 <input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10 <input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose- Strümpfe, Prothesen) an und aus	10 <input type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	
• ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)- Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	
• ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10 <input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

SUMME _____

2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	nein	ja	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Intermittierende Beatmung	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Schwere Verständigungsstörung	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input type="checkbox"/>	
Summe Frühreha-Barthel-Index			