

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
Abteilung:	Neurologische Fachklinik Konrad-Regler-Straße 1 85110 Kipfenberg
Straße, Nummer:	Belegungsmanagement
PLZ, Ort:	Telefon: (08465) 175 – 606 Telefax: (08465) 175 – 184
Ansprechpartner:	belegungsmanagement.kipfenberg@vamed-gesundheit.de
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? _____

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			