

## Anmeldung Pneumologische Frührehabilitation Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH

 <p><b>Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH</b> Robert Koch Straße 26-27 06493 Ballenstedt</p> <p> 039483 700</p>	<p><b>Abteilung für Beatmungsmedizin und Pneumologische Frührehabilitation</b> <b>Chefärztin Dr. medic U. Cretan</b> Telefon 039483 700</p> <p><b>Oberarzt Dipl. med. Holger Becher</b> Telefon 039483 70272</p> <p><b>Station Frührehabilitation</b> Telefon 039483 70236 Mail Fruehreha@lk-b.de</p>
 <b>per FAX – Anmeldung 039483 70260</b>	

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

nehmen Sie vorab zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten mit Herrn OA Dipl. med. H. Becher telefonisch Kontakt auf. Füllen Sie diesen Bogen bitte vollständig aus und senden uns diesen zu.

Herzlichen Dank für Ihre Zusammenarbeit.

Hochachtungsvoll

ChÄ Dr. medic U. Cretan

### Anmeldung Frührehabilitation

<b>Verlegende Einrichtung:</b>		
<b>Ansprechpartner:</b>		
<b>Telefon:</b>	<b>Fax:</b>	<b>Mail:</b>

#### Patientin/Patient

<b>Name, Vorname:</b>	<b>geb:</b>
<b>Anschrift:</b>	
<b>Größe:</b> <b>cm</b>	<b>Gewicht:</b> <b>BMI:</b>
<b>Betreuung:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, durch:	
<b>Nächste Angehörige:</b>	<b>Telefon:</b>

## Anmeldung Pneumologische Frührehabilitation Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH

<p><b>Welche Grunderkrankung führte zur Beatmung?</b>  <b>Wie lange besteht diese Erkrankung?</b></p>	
<p><b>aktuelle Ursache für Beatmung</b></p>	
<p><b>Beatmung</b>   <b>Wie lange wurde/wird beatmet?</b>   <b>falls Beatmung</b>   <b>Gerät</b></p>	<p><input type="checkbox"/> ja   <input type="checkbox"/> nein</p> <p>von _____ bis _____</p> <p><input type="checkbox"/> invasiv   <input type="checkbox"/> nicht invasiv   <input type="checkbox"/> nur Sauerstoff</p> <p><input type="checkbox"/> leihweise   <input type="checkbox"/> verordnet</p>
<p><b>Tracheotomie</b>   <b>Tracheostoma wieder verschlossen?</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, seit: _____  <input type="checkbox"/> Punktionstracheotomie  <input type="checkbox"/> chirurgisch definitiv/nicht definitiv</p> <p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, seit: _____  Wundverhältnisse: _____</p>
<p><b>Neurologische Ausfälle</b></p>	<p><input type="checkbox"/> nein   <input type="checkbox"/> ja, seit _____  Art/Ausmaß: _____</p>
<p><b>Relevante Nebendiagnosen</b></p>	

## Anmeldung Pneumologische Frührehabilitation Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH

<b>Infektiologisch relevante Keime</b>	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/>  Benutzen Sie den HYSA Überleitungsbogen für Sachsen – Anhalt.
<b>Covid 19 – Erkrankung</b>  <b>Zuständiges Gesundheitsamt</b>	<input type="checkbox"/> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja , seit</b>

Bitte senden Sie uns aktuelle Abstriche zur Bakteriologie zu, somit vermeiden wir Verzögerungen bei der Aufnahme.

**Eine Besiedlung ist für uns kein Aufnahmehindernis!**

Wir benötigen zur Aufnahme eine aktuelle PCR SARS-CoV-2 (nicht älter als 48h).

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die weiterführenden Telefonate mit einem über den Patienten gut informierten Arzt/Ärztin geführt werden.  
Bitte nennen Sie uns deshalb den in den nächsten Tagen zuständigen Ärztin/Ärzt und die zuständige Pflegefachkraft, inkl. Telefonnummer.

**Ärztin/Arzt**

**Pflegefachkraft**

**Wir werden uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.  
Sollte sich in dem Zeitraum bis zur Verlegung ein neuer Aspekt (Verschlechterung der Gesundheitszustandes, ...) ergeben, bitte wir Sie, uns umgehend in Kenntnis zu setzen.**

Datum/Stempel/Unterschrift

# Anmeldung Pneumologische Frührehabilitation Lungenklinik Ballenstedt/Harz GmbH

## A) FR-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veget. Krisen)	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
absaugpflichtiges Trachestoma	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
intermitt. Beatmung	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Ja -50	<input type="checkbox"/> Nein 0

## B) Barthel-Index

Essen	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Bett- (Rollstuhl) Transfer	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	<input type="checkbox"/> 10
	Erhebliche Hilfen beim Transfer, Lagewechsel, Liegen / Sitz selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht + Händen, beim Kämmen + Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Toiletten- benutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe, z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts (An-/Ausziehen) oder bei der Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
Gehen auf Flurebende bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfen oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig benutzen fahren nicht möglich	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
	Auskleiden benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbstständig durchführen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	ständig Kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Gelegentlich Inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/stets Inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	ständig Kontinent ggf. bei Versorgung eines DK/ Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei externer Ableitung	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger / stets inkontinent	<input type="checkbox"/> 0