

Anmeldung/Fragebogen für Patienten der neurologischen Rehabilitation der Phase B

O Phase B ohne Beatmung

Gegebenenfalls seit wann ohne maschinelle Beatmung (Datum): _____

O TK seit:_____ O dilatativ O chirurgisch

O Phase B mit Beatmung

O beatmet seit: _____ O Tubus seit:_____ O TK seit:_____ O dilatativ O chirurgisch

Patientendaten (ggf. Aufkleber):
 Name/Vorname

 Geb. Datum

 Straße

 PLZ/Ort

 Kostenträger: _____
 Vers.-Nr: _____

O Angehörige O Betreuer/Bevollmächtigter
 Name:

 Straße

 PLZ/Ort

 Tel.-Nr:

 Verw.-grad:

Diagnosen mit Datum:

(auch als gesonderter Ausdruck möglich)

O Dialyse notwendig

Aktuelle Medikation:

(auch als gesonderter Ausdruck möglich)

O Katecholaminpflichtig

Infektstatus:

<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> Klebsiella	<input type="checkbox"/> nasal
<input type="checkbox"/> 3MRGN	<input type="checkbox"/> E. coli	<input type="checkbox"/> rectal
<input type="checkbox"/> 4MRGN	<input type="checkbox"/> Serratia	<input type="checkbox"/> Urin
<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Enterobacter	<input type="checkbox"/> Wunde
<input type="checkbox"/> SARS-CoV-2	<input type="checkbox"/> A. baumannii	<input type="checkbox"/> Sonstiges:
<input type="checkbox"/> C.diff.	<input type="checkbox"/> Pseudomonas	
<input type="checkbox"/> Hepatitis B/C	<input type="checkbox"/> HIV	

Lokalisation:

Antibiosen:

(auch als gesonderter Ausdruck möglich)

Allgemeine Informationen:

<input type="checkbox"/> hochgradig desorientiert	<input type="checkbox"/> agitiert
<input type="checkbox"/> weglaufgefährdet	<input type="checkbox"/> fremd-/ eigengefährdend
<input type="checkbox"/> hochgradige Sehstörung/ Erblindung	
<input type="checkbox"/> zentraler Venenkatheter (ZVK)	
<input type="checkbox"/> Shunt/ Dialysekatheter	
<input type="checkbox"/> Anus praeter	
Blasendauerkatheter <input type="checkbox"/> transurethral <input type="checkbox"/> suprapubisch	

<input type="checkbox"/> Dekubitus/ Wunden (Vacuumverband, etc.):
<input type="checkbox"/> EVD
<input type="checkbox"/> Lumbaldrainage
Gewicht: _____
<input type="checkbox"/> sonstiges
Pflegegrad vor der aktuellen Erkrankung:
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> unbekannt

Bitte unbedingt den Frühreha-Barthelindex ausfüllen

<p>Anmeldende Klinik/Station (Stempel):</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>Ansprechpartner:in:</p> <p>-----</p> <p>Rückrufnummer:</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>Datum, Unterschrift</p>
--	--