



**Anmeldung zur stationären
geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung**

Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Anschrift:
Telefon:

GERIATR./NEUROL. ABTEILUNG
Chefarzt Dr. med. Th. Günnewig

Hausanschrift:
Röntgenstr. 10, 45661 Recklinghausen
e-mail: dr.guennewig@ekonline.de
Internet: www.ekonline.de
Durchwahl: 02361 - 601286
Abteilungsfax 02361 - 601299

1) Administration:

Anmeldendes Krankenhaus/Arztpraxis: _____

Tel. Arzt/Station (wichtig!): _____

Gewünschter Aufnahmeterrmin: _____

Versicherungsstatus: Regelleistung Wahlleistung 1-Bett 2-Bett

Bitte mitzugeben: Verlegungsbrief, radiologische Diagnostik auf CD/Teleradiologie,
Medikamentenliste, Kumulativlabor

2) Diagnosen: _____

3) Hygiene-Daten:

MRE-Risikopatient nein ja auf angefügtes Beiblatt achten!

wenn ja, Screening-Befund Rachen-, Anal- und Hautabstrich faxen! Befund darf **nicht älter als 6 Tage vor Verlegung** sein!

MRSA-Abstrich ist obligat für Nase und Rachen sowie fakultativ bei Dekubitus/Wunde/PEG/SPFK und darf nicht älter als 6 Tage vor Verlegung sein (bitte immer mit der Anmeldung faxen!)

4) Klinische Daten:

Barthel-Index: anhängenden BI ausgefüllt faxen!

Aggressivität nein ja **Hinlaufgefahr** nein ja

PEG: nein ja **BVK/SPK:** nein ja

Ulcer/Deku: nein ja **Sonstiges:** _____

Belastbarkeit post OP: voll eingeschränkt mit ___kg nicht belastbar

Rehabilitationsziel: _____

Weiterführende Reha bereits beantragt: nein ja

Pflegegrad: vorhanden, Grad: ___ beantragt ja nein

Status vor Aufnahme in verlegender Klinik: selbständig keine Hilfe hilfsbedürftig

Wohnstatus: alleine mit Partner mit Fam. Angehörigen Pflegeheim

Bei Mobilisierung angewiesen auf: Rollstuhl Rollator

Datum/Unterschrift
Arzt, Funknummer

Telefonnummer Station:

Formulare

Ersteller:
Thöne, Joachim

Freigebender:
Günnewig, Thomas

Freigabedatum:
14.01.2016

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

1	Datum der Erhebung:	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Punkte					
Essen					
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10				
Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5				
Völlig hilfsbedürftig	0				
Baden / Duschen / Ganzwäsche					
Badet oder duscht ohne jede Hilfe	5				
Badet oder duscht mit Hilfe	0				
Persönliche Hygiene / Waschen					
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt die Zähne	5				
Braucht Hilfe	0				
Ankleiden					
Unabhängig, incl. Schuhe anziehen	10				
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an	5				
Völlig hilfsbedürftig	0				
Stuhlkontrolle					
Kontinent	10				
Teilweise inkontinent (bis 1 mal die Woche)	5				
Inkontinent (häufiger als 1 mal die Woche)	0				
Urinkontrolle					
Kontinent	10				
Teilweise inkontinent (bis 1 mal pro 24 Stunden)	5				
Inkontinent (häufiger als 1 mal pro 24 Stunden)	0				
Toilettengang					
Unabhängig bei Benutzung der Toilette / des Nachtstuhls incl. Analreinigung	10				
Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht an- und ausziehen, Toilettenpapier	5				
Kann Toilette oder Nachtstuhl nicht benutzen	0				
Zwischensummen:		Punkte:	Punkte:	Punkte:	Punkte:

2	Datum:	Datum:	Datum:	Datum:
Punkte				
Bett- / Stuhl-Transfer				
völlig unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15			
Minimale Assistenz oder Supervision	10			
Kann sich an der Bettkante aufsetzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5			
Bettlägerig, d. h. sich alleine auf der Bettkante aufsetzen ist nicht möglich	0			
Bewegung				
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mind. 50 m	15			
Mind. 50 m Gehen, jedoch mit personeller Unterstützung	10			
Für Rollstuhlfahrer: Unabhängiges Manövrieren für mind. 50 m incl. Ecken und Türen	5			
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0			
Treppen steigen				
Unabhängig (muss Gehhilfe mitnehmen können)	10			
Braucht Hilfe oder Supervision	5			
Kann nicht Treppen steigen	0			
		Summe	Summe	Summe
3 Endsummen:				
Datum/Handzeichen:		Datum/ Handz.	Datum/ Handz.	Datum/ Handz.

- 15 Punkte = Patient ist sowohl beim Transfer, als auch beim Gehen, bei Einsatz von Pflegehilfsmitteln vollkommen unabhängig.
- 10 Punkte = Patient kann die beschriebene Tätigkeit allein und sicher ausführen.
- 5 Punkte = Patient braucht Unterstützung zu gleichen Anteilen von einer Pflegefachkraft.
- 0 Punkte = Patient ist völlig auf Hilfe angewiesen.

MRE RISIKOPATIENTEN	SCREENING	ISOLIERUNG	
<input type="checkbox"/> Es liegen negative Befunde vor (max. 6 Tage alt) ⇒ Screening und Isolierung nicht notwendig			
<input type="checkbox"/> Patienten, die in den letzten 12 Monaten Kontakt zum Gesundheitssystem (stationärer Aufenthalt oder ambulanter Eingriff) in Ländern mit endemischem Auftreten von MRGN Erregern hatten. <input type="checkbox"/> Patienten, die Kontakt zu Patienten hatten (Pflege im gleichen Zimmer), bei denen eine Besiedelung mit 4MRGN nachgewiesen wurde. <input type="checkbox"/> Patienten mit einem stationären Krankenhausaufenthalt (> 3 Tage) in den zurückliegenden 12 Monaten in einer Region mit erhöhter 4MRGN-Prävalenz. <input type="checkbox"/> Patienten aus Einrichtungen mit Heimbeatmung Aufgrund unzureichender Daten bzgl. der 4MRGN-Prävalenz in unterschiedlichen Ländern oder Regionen empfiehlt sich als pragmatisches Vorgehen ein Screening bei entsprechender (Auslands-)Anamnese mit Krankenhausaufenthalt unabhängig vom Ort des Aufenthaltes.	1 Rektalabstrich 1 Rachenabstrich 1 Hautabstrich (großflächig Leiste oder Oberarm mit einem Tupfer abstreichen) Ggf. Wundabstriche Ggf. Urin	JA	
<input type="checkbox"/> Patienten, die früher einen der neben stehenden Befunde hatten:	<input type="checkbox"/> 4MRGN E. coli/Klebsiella spp.		1 Rektalabstrich Ggf. Urin und chronische Wunden
	<input type="checkbox"/> 4MRGN andere Enterobakterien		1 Rektalabstrich
	<input type="checkbox"/> 4MRGN Pseudomonas aeruginosa		1 Rektalabstrich 1 Rachenabstrich ggf. chronische Wunden
	<input type="checkbox"/> 4MRGN Acinetobacter baumannii		1 Mund-Rachen-Abstrich 1 Rektalabstrich 1 Hautabstrich (möglichst großflächig)
BITTE IM AUFTRAGSFELD DES LABORANFORDERUNGSSCHEINS „MRGN-SCREENING“ ANGEBEN.			

Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter: _____