



**Anmeldung zur stationären
geriatrischen frührehabilitativen Komplexbehandlung**

Patientenaufkleber

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!

VRE-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 bei vorhandenem 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: sollte >25 P. sein, 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, Funk-/Mobilnummer

Telefonnummer Station:

Formulare

Ersteller:
Thöne, Joachim

Freigebender:
Günnewig, Thomas

Freigabedatum:
11.05.2023

Name, Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

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 teilw eise selbst an	5				
Völlig hilfsbedürftig	0				
Stuhlkontrolle					
Kontinent	10				
Teilw eise inkontinent (bis 1 mal die Woche)	5				
Inkontinent (häufiger als 1 mal die Woche)	0				
Urinkontrolle					
Kontinent	10				
Teilw eise 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:

		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				
Treppensteigen					
Unabhängig (muss Gehhilfe mitnehmen können)	10				
Braucht Hilfe oder Supervision	5				
Kann nicht Treppen steigen	0				
Endsummen:		Summe	Summe	Summe	Summe
Datum/Handzeichen:		Datum/ Handz.	Datum/ Handz.	Datum/ Handz.	Datum/ Handz.

- 15** Punkte = Bew ohner ist sowohl beim Transfer, als auch beim Gehen, bei Einsatz von Pflegehilfsmitteln vollkommen unabhängig.
- 10** Punkte = Bew ohner kann die beschriebene Tätigkeit allein und sicher ausführen.
- 5** Punkte = Bew ohner braucht Unterstützung zu gleichen Anteilen von einer Pflegefachkraft.
- 0** Punkte = Bew ohner 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. ² <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 ² 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: _____

VRE RISIKOPATIENTEN

Es liegen negative Befunde vor (max. 6 Tage alt) ⇒ Screening nicht notwendig

Patienten mit Risiko für VRE-Infektion:

- Intensivpatienten
- Bauchchirurgische Patienten
- (hämato)onkologische Patienten
- Mitpatienten mit erhöhtem Infektionsrisiko, z.B. Pat. mit Fremdkörperimplantaten

GENERELLES SCREENING AUF VRE

- wöchentlich auf operativen Intensivstationen
- bei Patienten mit abdominal-chirurgischen Eingriffen (Abteilung Viszeralchirurgie), wenn chronisch entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Colitis ulcerosa, Morbus Crohn) oder ein Karzinom vorliegen, also ausdrücklich nicht bei Hernien, Appendektomien etc. - idealerweise vor chirurgischem Eingriff
- auf hämato-onkologischen Stationen
- bei konservativen Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen.
- bei VRE-Kontaktpersonen, die >24 h im gleichen Zimmer lagen UND ein Risikoprofil für VRE-Infektionen haben (nur Rektalabstrich)

1 Rektalabstrich

Wichtiger Hinweis:

Es ist darauf zu achten, dass es sich bei den Screening-Abstrichen um tiefe Rektal-Abstriche handelt (zu erkennen an der eindeutig braunen Färbung des Abstrichs), da dies die Aussagekraft des Befundes deutlich erhöht.

HINWEISE ZUR ISOLIERUNG:

- alle VRE-positiven Patienten MIT einem Risiko für VRE-Infektionen werden isoliert
- VRE-positive Patienten sollen nicht auf onkologische Stationen verlegt werden
- Patienten mit *E. faecium*, bei denen lediglich mittels PCR das Van-Gen nachgewiesen wurde (Genotyp), die im Antibiogramm jedoch noch Vancomycin-sensibel sind (Phänotyp), sollten ebenfalls isoliert werden, wenn sie das Risikoprofil für VRE-Infektionen erfüllen

PROCEDERE BEI VRE-VORBEKANNTEN PATIENTEN:

- grundsätzlich bei Wiederaufnahme prophylaktische Isolierung, wenn Patienten Risikoprofil für VRE Infektionen erfüllen
- Screening durchführen:
 - wenn Screening positiv - weiter Isolierung bei Risikopatienten
 - wenn Screening negativ - wann zuletzt VRE-Nachweis?
 - > ½ Jahr - Isolierung aufheben
 - < ½ Jahr - Iso beibehalten + wöchentliches Screening für insg. 3 Wochen; wenn jeweils 3 neg. Abstriche - Isolierung aufheben

Datum: _____

Unterschrift Mitarbeiter: _____