

Pneumologie

Leitung: Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe

Pneumologische Frührehabilitation

Leitung: F. Elsholz

Tel. 04102 - 601 2058

Fax 04102 - 601 7050

f.elsholz@lungenclinic.de

Anmeldebogen zur Früh-Rehabilitation

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,

wir senden Ihnen diesen Fragebogen zu, um eine Übernahme des/der Patienten/in in die pneumologische Frührehabilitation der LungenClinic zu planen. Invasiv beatmete Patienten können derzeit nicht übernommen werden, hier verweisen wir auf unsere Weaningstation.

Bitte beantworten Sie die Fragen möglichst kurz, präzise und vollständig.

Bitte beachten Sie, dass Patienten mit Trachealkanüle oder Dialyse nicht übernommen werden können.

Bei Verlegung bitte mitgeben:

- Röntgenaufnahmen (CD oder als Ausdruck)
- Kumulativbefund Labor
- relevante mikrobiologische Befunde

Vielen Dank für die Kooperation.

Mit freundlichem Gruß

Frank Elsholz

Leitung Pneumologische Frührehabilitation

Telefon: 04102/601-2058

Fax: 04102/601-7050

Ärztlicher Direktor
Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe

Pneumologie
Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe
Tel. 04102 - 601 2001

Onkologischer Schwerpunkt
Priv.-Doz. Dr. med. M. Reck
Tel. 04102 - 601 2101

Thoraxchirurgie
Dr. med. C. Kugler
Tel. 04102 - 601 2201

Anästhesie und operative Intensivmedizin
Dr. med. J. Werbter
Tel. 04102 - 601 2301

Pflegedienstleitung
S. Nixdorff
Tel. 04102 - 601 1700

Ambulanzen

Pneumologie
Prof. Dr. med. Klaus F. Rabe
Tel. 04102 - 601 2002

Seltene Lungenkrankheiten
und Sarkoidose
Dr. med. M. Claussen
Tel. 04102 - 601 2002

Lungenhochdruck
Dr. med. M. Claussen
Tel. 04102 - 601 2002

Lungentransplantation
Dr. med. M. Oldigs
Tel. 04102 - 601 2002

Thoraxonkologische Ambulanz
Priv.-Doz. Dr. med. M. Horn
Tel. 04102 - 601 2147

Thoraxchirurgie
Dr. med. C. Kugler
Tel. 04102 - 601 2201

Zytologie
Priv.-Doz. Dr. med. L. Welker
Tel. 04102 - 601 3370

Fragebogen

1. Verlegendes Krankenhaus

2. Ansprechpartner

Telefon _____
(falls anders als oben):

4. Personalien des Patienten inklusive Krankenkasse: *Aufkleber wenn möglich*

Name: _____ Vorname: _____

Geb.-Datum: _____

Betreuung: nein ja, durch: _____

5. Wie lautet die zur Beatmung führende Grundkrankheit?

6. Welche aktuelle Ursache führte zur Beatmung?

7. Wie lange wurde der Patient invasiv beatmet?

Von: _____ bis _____

8. Tracheotomie?

ja

nein

Wenn ja: wann (Datum)? _____ wie? chirurgisch

Dilatation

9. Aktuelle nichtinvasive Beatmung? ja

nein

nur Sauerstoff

Wenn ja: Maske: _____ Gerät: _____

NIV-Stunden pro Tag: _____

Geräteverordnung? ja

nein

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - voll pflegebedürftig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - teilweise pflegebedürftig | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - selbständige Nahrungsaufnahme möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - selbständiges Sitzen auf der Bettkante (Rumpfkontrolle) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| - stehen mit Hilfe vor dem Bett möglich | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

18. Welche Antibiotika wurden während des stationären Aufenthaltes verabreicht?
(Dauer/Präparate)

19. **Aktuelles Labor:** CRP: _____ (Norm: _____)
 Hb: _____

20. **aktuelle Medikation:**

Für die Übernahme benötigen wir Ansprechpartner, die patientenbezogen Auskunft geben können:

Oberarzt/-ärztin: _____ Ass-Arzt/-Ärztin: _____ Pflegekraft: _____

Tel-Nr. der Station: _____

Tel-Nr. der Zentrale: _____

Bitte zurück an Fax 04102/601-7050

Sobald uns der ärztliche und pflegerische Fragebogen vorliegen und eine Möglichkeit zur Übernahme besteht, setzen wir uns mit Ihnen in Verbindung. Bei Verschlechterung des Zustandes oder sonstige neue Aspekte, die eine Übernahme beeinflussen, bitten wir um umgehende Benachrichtigung.

Ansprechpartner: Frank Elsholz 04102/601- 2058 (Anmeldung)

Pflegerischer Fragebogen

1. Patientenname / Geburtsdatum

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

2. Venenzugang

- Braunüle
- ZVK
- _____

3. arterieller Zugang

- A. radialis
- A. femoralis
- A. _____

4. Blasenkatheter / Suprapubischer Katheter

- Transurethraler Katheter
- Suprapubischer Katheter
- Spülkatheter

5. Drainagen / Sonstige Zugänge

Art und Ort:

6. Magen / Darmtrakt

- Magensonde
- PEG
- Anus praeter

7. Hautstatus

- Decubitus Ort: _____ Größe: _____
- Decubitus Ort: _____ Größe: _____
- Decubitus Ort: _____ Größe: _____

Wird eine Wechseldruckmatratze benötigt?

8. Mobilität

- komplett bettlägerig
- Bettkante
- Sessel

Bemerkungen:

9. Bewusstseinslage /Psychosoziale Anamnese

Vigilanzzustand

- sediert, aber erweckbar
- ruhig und wach
- unruhig / agitiert
- Fixierung

Motivation / Kooperation:

10. Sonstiges

11. Angehörige

12. Gesetzliche Betreuung?

- nein ja , wer? _____

13. Telefon Pflegeteam des verlegenden Krankenhaus:

A) Früh-Reha-Index (FR)		
1. intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)	ja <input type="checkbox"/> -50 nein <input type="checkbox"/> 0	
2. absaugpflichtiges Tracheostoma	ja <input type="checkbox"/> -50 nein <input type="checkbox"/> 0	
3. intermittierende Beatmung	ja <input type="checkbox"/> -50 nein <input type="checkbox"/> 0	
4. beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	ja <input type="checkbox"/> -50 nein <input type="checkbox"/> 0	
5. beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	ja <input type="checkbox"/> -50 nein <input type="checkbox"/> 0	
6. schwere Verständigungsstörung	ja <input type="checkbox"/> -25 nein <input type="checkbox"/> 0	
7. beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	ja <input type="checkbox"/> -50 nein <input type="checkbox"/> 0	

B) Barthel-Index		
1. Essen und Trinken („mit Unterstützung“) , wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	Selbstständig <input type="checkbox"/> 10	
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschließlich Aufsitzen im Bett)	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	massive Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	Minimale Unterstützung <input type="checkbox"/> 10	
	Selbstständig <input type="checkbox"/> 15	
3. Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen)	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 0	
	Selbstständig <input type="checkbox"/> 5	
4. Benutzung der Toilette (An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	Selbstständig <input type="checkbox"/> 10	
5. Baden/ Duschen	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	selbstständig <input type="checkbox"/> 10	
6. Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 10	
	selbstständig <input type="checkbox"/> 15	
6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit „nicht möglich“ bewertet wurde)	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 0	
	Selbstständig <input type="checkbox"/> 5	
7. Treppen auf- und absteigen	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	selbstständig <input type="checkbox"/> 10	
8. An- und Ausziehen (einschließlich Schuhbinden, Knöpfe schließen)	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	Selbstständig <input type="checkbox"/> 10	
9. Stuhlkontrolle	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	selbstständig <input type="checkbox"/> 10	
10. Harnkontrolle	nicht möglich <input type="checkbox"/> 0	
	mit Unterstützung <input type="checkbox"/> 5	
	selbstständig <input type="checkbox"/> 10	

Pat. Name, Vorname, Geb.-Datum:

FR-Index (A)	
Barthel- Index (B)	
Barthel- Index Gesamtpunktzahl (A+B)	

Patientenname: _____

1. Telefonnummer ihrer Aufnahmeabteilung: _____

2. verlegende Einrichtung: _____

3. War der Patient bei uns in stationärer Behandlung: nein ja, wann? _____

4. Geburtstag: _____ Geburtsort: _____

5. Geburtsname: _____

6. Geschlecht: _____ Familienstand: _____

7. Staatsangehörigkeit: _____ Konfession _____

8. Wohnort/Anschrift: _____

9. Tel.-Priv.: _____

10. Name/Tel. der nächsten Angehörigen: _____

11. Hausarzt: _____

12. Hausarzt Anschrift: _____

13. Krankenkasse: _____