



Anmeldung zur neurologischen neurochirurgischen Früh-Rehabilitation oder neurologischen Beatmungsentwöhnung

Bitte zurück per Fax an: 02159 - 679 4242

Name des Patienten: _____

Geb. Datum: _____

Name und Telefonnummer des Angehörigen / Gesetzlicher Betreuer

Krankenversicherung

Rückfragen zur neurologischen neurochirurgischen Früh-Rehabilitation
(02159) 679-51 70

Rückfragen bei Patienten zur Beatmungsentwöhnung
(02159) 679-50 30

Neurologische Hauptdiagnose

Relevante Nebendiagnosen

Besonderheiten	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Monitorüberwachung <input type="checkbox"/>	Fixierung <input type="checkbox"/>	KG>120kg <input type="checkbox"/>
	Hinlauftendenz <input type="checkbox"/>	Trachealkanüle <input type="checkbox"/>	Sauerstoff <input type="checkbox"/>	Arterieller Zugang <input type="checkbox"/>
	Elektrolytentgleisung <input type="checkbox"/>	Pflegegrad:		
Ernährung	ZVK <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/>	oral <input type="checkbox"/>
Isolation	MRSA <input type="checkbox"/>	Clostr. difficile <input type="checkbox"/>	MRGN 3 <input type="checkbox"/>	MRGN 4 <input type="checkbox"/>
	VRE <input type="checkbox"/>	Sonstiges <input type="checkbox"/>		
Fieber	Pneumonie <input type="checkbox"/>	Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>	

Akutstationärer Behandlungsbedarf in der neurologischen neurochirurgischen Frührehabilitation

Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring

Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v.-Medikamentengabe

Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung

Abtrainieren vom Tracheostoma

Absaugpflichtiges Tracheostoma

Entwöhnung naso-gastrale Sonde oder PEG

Frührehabartheil	Ja	Nein	
Intensivmed. Überwachungszustand	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-50
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-50
Intermittierende Beatmung (auch CPAP u. NIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (Fremd- oder Eigengefährdung) durch aggressive Durchbrüche, Hinlauftendenz o.ä. oder schwere Störungen des Sozialverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-50
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (1:1 Essenbegleitung durch Pflegepersonal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-50
Schwere Verständigungsstörung (Aphasie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	-25
Summe Frührehabartheil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Behandelnder Arzt _____

Klinik und Station _____

Telefonnummer _____ **Fax** _____