



Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum

Klinik und Station

Krankenkasse

Versichertennummer

Krankenhaus für neurologische Intensivmedizin

Chefarzt

Prof. Dr. med. Stefan Knecht

Leitung Case Management | Gudrun Brinkmann

Telefon (02159) 679 5170

Team Case Management

Telefon (021 59) 679-50 18/2000

Telefax (021 59) 679-4242

casemanagement@stmtk.de

**ANMELDUNG ZUR NEUROLOGISCHEN NEURO-
CHIRURGISCHEN FRÜH-REHABILITATION ODER
NEUROLOGISCHEN BEATMUNGSENTWÖHNUNG**



Anschrift

berufstätig als:

- Rentner
- Vorsorgevollmacht
- Betreuung

Name Betreuer
mit Telefonnummer

- alleinlebend
- mit Bezugsperson(en)
lebend
- in vollstationärer
Pflegeeinrichtung

Besteht Pflegebedürftigkeit
nach SGB XI?

- ja, Stufe
- nein
- beantragt

Name Bevollmächtigter
mit Telefonnummer

Aufnahmetag im Krankenhaus

Voraussichtlicher Entlassungstag

**Ansprechpartner im Krankenhaus
mit Name und Berufsbezeichnung**

(z. B. Arzt, Sozialdienst, Case Management)

**Telefon-Nummer
mit Durchwahl**

Station Durchwahl

Fax-Nummer

Fax-Nummer

I. Befundbericht (allgemein)

Hauptdiagnose:

(Bei CIP, hyp. Hirnschaden neurologische Befunde erforderlich)

**seit/OP
am:**

ICD 10

Nebendiagnosen:

seit:

ICD 10

PATIENTENNAME:

Wundheilungsstörung(en)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Risikofaktoren		
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Nikotin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalisation:			Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Missbrauch von		
wenn ja Größe: cm			Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Grad			Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lage:			Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fixierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Welche		
Liegt eine PEG?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Liegt eine Magensonde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:		
Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	COPD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Art des Tracheostomas:			Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dilatativ	<input type="checkbox"/> ja		Isolation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Chirurgisch	<input type="checkbox"/> ja		Wenn ja, welche		
Anlagedatum:					
Entblockungszeit					
Wenn ja, wie lange?					
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Weaning	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn ja, wie viele Stunden Respiator-frei?					
.....					
Monitorüberwachung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Beatmungsform:					
Bitte die letzten zwei Beatmungsprotokolle beifügen					
Dysphagie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein			
Wenn Ja, welche					

CHECKLISTE FÜR BEIGEFÜGTE UNTERLAGEN:

Aktuelles Assessment

- | | | |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| 1. Barthelindex | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 2. Beatmungsprotokoll | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 3. Betreuungsverfügung | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 4. Keimnachweis | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 5. Wunddokumentation | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 6. Neurologische Befunde
(bei CIP, hyp. Hirnschaden) | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |

Da wir eine gemischte Krankenanstalt sind, benötigen wir bei privat versicherten Patienten eine Kostensicherung nach § 39 SGB V.