

**Patient** (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

.....

**Geburtsdatum**

.....

**Klinik und Station**

.....

**Krankenkasse**

.....

**Versichertennummer**

.....

**Krankenhaus für neurologische Intensivmedizin**

Leitung Case Management | Gudrun Brinkmann  
Telefon (02159) 679 5170

Team Case Management  
Telefon (021 59) 679-50 18  
Telefax (021 59) 679-42 42  
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	<b>Risikofaktoren</b>		
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	<b>Missbrauch von</b>		
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	<b>Allergien</b>	<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	<b>Sonstiges:</b>		
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<br>(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.