

# Anmeldung Frührehabilitation Phase B

## MediClin Klinikum Soltau

Ärztlicher Direktor Priv.-Doz. Dr. med. Philipp Hüllemann  
 Klinik für Neurologie und neurologische Frührehabilitation  
 Oeninger Weg 59, 29614 Soltau

**FAX 05191 800 123**

oder Telefon

**05191 800 776** Patientenaufnahme  
**05191 800 151** Sekretariat Akutneurologie

### Patientendaten (ggf. Aufkleber)

### Anmeldende Klinik (Name, Station, Tel-Nr., Stempel)

Name \_\_\_\_\_  
 Vorname \_\_\_\_\_  
 Geb.Datum \_\_\_\_\_  
 Adresse \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Kostenträger \_\_\_\_\_  
 Rückruf erbeten Tel-Nr. \_\_\_\_\_

### Reha-begründete Diagnose (vorzugsweise Kurzarztbrief, bitte incl. Wesentlicher Begleiterkrankungen)

---

---

---

---

---

---

---

---

Intensivüberwachung	Trachealkanüle/Zugänge	Keime	Besonderheiten
<input type="checkbox"/> Somnolenz/Sopor/Koma <input type="checkbox"/> i.v. Blutdruckmedikation <input type="checkbox"/> Int. BZ-Entgleisungen <input type="checkbox"/> int. Bradykardien/Tachykardien <input type="checkbox"/> Katecholamine erforderlich  <input type="checkbox"/> andere Intensivmaßnahmen _____ <input type="checkbox"/> O2-Gabe _____ l <input type="checkbox"/> Absaugfrequenz _____ tgl. <input type="checkbox"/> <b>Int. Beatmung</b> <b>=&gt; WEANING-ANMELDUNG!</b>	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle Typ _____ Liegedauer _____ <input type="checkbox"/> Dauerkatheter Liegedauer _____ <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde Liegedauer _____ <input type="checkbox"/> PEG seit _____  <input type="checkbox"/> VVK wo? _____ <input type="checkbox"/> ZVK wo? _____ Liegedauer _____ <input type="checkbox"/> Arterie wo? _____ Liegedauer _____	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> 4MRGN <input type="checkbox"/> Clostridien  <input type="checkbox"/> andere Isolationspf. Erkr. _____  <input type="checkbox"/> letztes MRE-Screening am: _____ <input type="checkbox"/> laufende Antibiose mit: _____	<input type="checkbox"/> <b>Dialyse</b> <input type="checkbox"/> KG > 120 kg <input type="checkbox"/> Allergien: _____  <input type="checkbox"/> Dekubitus (wo?/Größe/Grad): _____ _____ <input type="checkbox"/> Fixierung _____ <input type="checkbox"/> Betreuung ist angeregt <input type="checkbox"/> Betreuung / Vollmacht liegt vor (Name/Tel) _____ _____

### Einstufung nach dem Frühreha-Index:

	nein	ja
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	-50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	-50
Intermittierende Beatmung	0	-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0	-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0	-50
Schwere Verständigungsstörung	0	-25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50



