

Ludgerus-Kliniken GmbH - Clemenshospital, Duesbergweg 124, 48153 Münster
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (Chefärzte Dr. med. Hülskamp, PD Dr. med. Debus)

Abteilung für kinderneurologische Frührehabilitation

Ansprechpartnerin: Martina Lewin (Case Management)
Tel.:0251/976- 5856 | Fax:0251/976-2789
E-Mail: kira.clemenshospital@alexianer.de

Bitte **vorläufigen Arztbrief** und **Frühreha-Barthel-Index** (letzte Seite) zusätzlich mitschicken. Informationen müssen **nicht doppelt** aufgeführt werden.

Name, Vorname
Anschrift
Geb.-Datum
Krankenkasse
Versicherungsstatus
Anmeldende Klinik
Faxnr., E-Mail
Kontakt Ärztin/Arzt (Name und Tel.)
Kontakt Pflege (Tel.)
Akuter Krankheitsbeginn / Unfalldatum:
Diagnosen und relevante Vorerkrankungen:
Operationen:
Rehaziele /Erwartungen an die Frühreha/ Rehapotentiale
Nachweis multiresistenter Keime (MRSA,MRGN)

Weitere Angaben zu motorischen und neurologischen Funktionsbeeinträchtigungen des Patienten**Bewusstseinslage:**

wach	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	somnolent	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
soporös	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>	komatös	Ja <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/>
Unruhephasen	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Erhaltener Tag-Nacht-Rhythmus	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	
Eigen bzw. Fremdgefährdung	Ja <input type="checkbox"/>	Nein <input type="checkbox"/>	

Bemerkungen:

Kommunikation:

Kommunikationsmöglichkeiten:

Sprachstörung: Ja | Nein

falls ja, genauere Beschreibung:

Sehvermögen Ja | Nein Brille Hörvermögen Ja | Nein Hörgerät **Cerebrales Anfälle**Ja | Nein

Wenn ja, Häufigkeit und Art der Anfälle:

ErnährungEnterale Ern. Ja | Nein

Kostform:

Spezialnahrung:

Nahrungsmittelallergien:

Magensonde Ja | Nein Gr. ____ PEG/ PEJ Ja | Nein Ernährungspumpe Ja | Nein eigenes Gerät wird mitgebrachtParenterale Ern. Ja | Nein welche? _____**Beatmung**Trachealkanüle Ja | Nein Firma: _____ Gr. ____ CuffNIV-Beatmung Ja | Nein

Beatmungsform:

Gerät: _____ Eigenes Gerät Ja | Nein **Sonstiges**ZVK Ja | Nein Blasenkatheter Ja | Nein Ventrikelkath. Ja | Nein Wunddrainagen Ja | Nein Fixateur Ja | Nein Dekubitus Ja | Nein Beschreibung:

Vorhandene Hilfsmittel**Angehörige**

Ist die **Mitnahme** von einem Angehörigen im Wohnheim gewünscht?

Ja | Nein Mutter | Vater | Beide

Besonderheiten in der familiären Situation (Geschwisterkinder, Erkrankungen der Eltern ect):

Bei **Anmeldung** erforderliche Unterlagen:

- Aktueller Arztbrief
- Aktueller Medikamentenbogen

Bei **Aufnahme** ist folgendes mitzubringen (oder vorab per Fax):

- Bildgebung (z.B. als CD-ROM oder Zusendung über Datenleitung)
- Befunde eines mikrobiologischen Monitorings (Abstriche von Nase-Rachen, Anus und allen künstlichen Körperöffnungen auf MR-Keime) **nicht älter als eine Woche**
- Negative SARS-CoV-2-PCR von Patient und Angehörigen **nicht älter als 24 Stunden**
- Aktueller Medikamentenbogen, eventuell Spezialmedikamente (Rezepturen etc.) für 2-3 Tage mitgeben
- Ev. Spezielles Pflegematerial
- Bei Tracheostoma: Ersatztrachealkanüle, Notfallset

Frühreha-Barthelindex

Intensivmedizinisch überwachungspflichtig		Ja (-50), Nein (0)	
<ul style="list-style-type: none"> Kreislaufinstabilitäten mit Monitoring Pulmonale Instabilitäten mit Monitoring Intensivmedizinisch überwachungspflichtige Begleiterkrankungen 			
Absaugpflichtiges Tracheostoma		Ja (-50), Nein (0)	
Intermittierende Beatmung		Ja (-50), Nein (0)	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörungen		Ja (-50), Nein (0)	
Situative Orientierungsstörung bei mobilen Patienten mit Weglauftendenzen, intensive pflegerische Überwachung wegen potentieller Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig			
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörungen		Ja (-50), Nein (0)	
Patient mit aggressivem oder autoaggressivem Verhalten oder verminderter Impulssteuerung, der deswegen zeitweise einer Fixierung bedarf bzw. bei dem eine Fixierung nur durch intensive pflegerische Überwachung vermieden werden kann			
Schwere Verständigungsstörungen		Ja (-25), Nein (0)	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörungen		Ja (-50), Nein (0)	
Essen und Trinken	Unabhängig, isst und trinkt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck		10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch und Brot schneiden		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Bett-/(Roll-) Stuhltransfer	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit		15
	Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung notwendig		10
	Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel Liegen/Sitz selbständig		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Persönliche Pflege	Unabhängig beim Waschen von Gesicht u. Händen, Kämmen und Zähneputzen		5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten		0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)		10
	Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung / Reinigung		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Baden/Duschen	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit		5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten		0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen		15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m weit gehen		10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m		5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren		0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)		10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen		5
	Nicht selbständig, Pat. kann auch mit Hilfe eine Treppe nicht steigen		0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden		10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent		10
	Eigentlich kontinent, max 1x pro Woche inkontinent		5
	Häufiger/ständig inkontinent		0
Harnkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix		10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Tag, Hilfe bei externer Harnableitung		5
	Häufiger/ständig inkontinent		0

Orientierung: voll orientiert desorientiert nicht prüfbar

	Nicht	leicht	mittel	schwer	nicht prüfbar
Aufmerksamkeitsstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neglect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Frühreha-Index: _____

Barthel-Index: _____

Gesamt – FBI: _____