

Œ • * ^ å¦ ˇ &\ ớ\ } ơ ^ ¦|ð\ * ớ\ aæ ÁÖ[\ ˇ { ^ } ớ\ &&@⁄\ a^{ { Á† } å^¦ ˇ } * • åð\} • c Helios Klinik

Leezen

Anmeldeformular

Akutklinik für Frührehabilitation und interdisziplinäres Rehabilitationszentrum

Wittgensteiner Platz 1 • 19067 Leezen Aufnahme/ Administration Tel:+49 3866 60 -1033

Fax: +49 3866 60-1558

aufnahme.leezen@helios-gesundheit.de $www.helios\hbox{-} gesundheit.de/leezen$

Anschrift: Anmeldende Klinik: Arztlicher Ansprechpartner: Arztlicher Ansprechpartner: Telefon: Telefon: Telefon: Telefon: Kostenträger: Vers. Nummer: Betreuung vorhanden: ja nein Beantragt: Vorsorgevollmacht vorhanden: ja nein Betreuer: Einverständis des Patienten bzw. Betreuers zur Verlegung liegt vor? Ja / Nein Rehabilitationsdiagnose (evtl. Epikrise) CIM/CIP ; Hypoxie ; Stroke ; Andere: Frührehabilitations-Index Ja Nein 1. Beatmung (invasiv) -50 0 2. Absaugpflichtiges Tracheostoma -50 0 3. Intensiwmedizinischer	Name, Vorname:			Anmeldedatum:		m □ / w □			
Articlicher Ansprechpartner:	Anschrift:				Geb. Datum:				
Ansprechpartner Sozialdienst:	Anmeldende Klinik:								
Vers. Nummer: Vers. Nummer:	Ärztlicher Ansprechpartner:				Telefon:				
Betreuung vorhanden: ja	Ansprechpartner Sozialdienst:			Telefon:					
Betreuer: Einverständnis des Patienten bzw. Betreuers zur Verlegung liegt vor? Ja / Nein Rehabilitationsdiagnose (evtl. Epikrise) CIM/CIP ; Hypoxie ; Stroke ; Andere:	Kostenträger:				Vers. Nummer:				
Einverständnis des Patienten bzw. Betreuers zur Verlegung liegt vor? 3	Betreuung vorhanden: ja 🗌 nein 🗌 Beantragt: 🗌 Vorsorgevollmacht vorhanden: ja 🔲 nein 🗍								
Rehabilitationsdiagnose (evtl. Epikrise) CIM/CIP ; Hypoxie ; Stroke ; Andere:	Betreuer:								
Relevante Zusatzdiagnosen:	Einverständnis des Patienten bzw. Betreuers zur Verlegung liegt vor? Ja \square / Nein \square								
Prührehabilitations-Index	Rehabilitationsdiagnose (evtl. Epikrise) CIM/CIP \square ; Hypoxie \square ; Stroke \square ; Andere:								
1. Beatmung (invasiv)	Relevante Zusatzdiagnosen:								
1. Beatmung (invasiv)									
1.1 Nichtinvasive Ventilation (NIV)				1	Barthel Index				
2. Absauspflichtiges Tracheostoma -50 0	, ,] [1. Essen, Trinken		mit Unterstützung	5	
2. absaugpflichtiges Tracheostoma	, ,								
3. intensivmedizinischer überwachungspflichtiger Zustand	2. absaugpflichtiges Tracheostoma	Tracheostoma -50 \square 0 \square			Bett und umgekehrt		mit Unterstützung	5	
4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung S. beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung 6. schwere Verständigungsstörung 7. beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung Selbstständig Selbsts	3. intensivmedizinischer	-50	0 🗆			ren)	mit Unterstützung	0	
5. beaufsichtigungspflichtige	4. beaufsichtigungspflichtige	-50	0 🗆				nicht möglich mit Unterstützung	0 5	
6. Schwere Verstandigungssfrichtige 7. beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung Gesamt: Sesonderheiten:	5. beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung				5.Baden, Duschen		nicht möglich mit Unterstützung	0	
Gesamt: Besonderheiten: Belostständig Besonderheiten:	7. beaufsichtigungspflichtige						nicht möglich mit Unterstützung	0 10	
Untergrund (diese Item nur verwenden, wenn Item 6 nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig						n		13	
8. Gewichtkg / Größecm 9. Dialyse 9. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schileßen) 9. Stuhlkontrolle 10. Harnkontrolle 10. Harnk	Besonderheiten:	Ja Neir		n	1 1				
9a. 2-lumiger Zugang	8. Gewichtkg / Größecm							5	
9b. punktabler Shunt 10. Dekubitus Grad 1 o. 2 11. Katecholamine Gesamt: Isolationspflichtige Keime: ja nein Aktuelle Atemwegssymptomatik: ja nein MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? Transplantation? Immunsuppression? Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):	9. Dialyse				7. Treppen auf-/absteigen				
9b. punktabler Shunt	9a. 2-lumiger Zugang				8. An-/Ausziehen				
Grad 1 o. 2	9b. punktabler Shunt					chließen)			
11. Katecholamine 10. Harnkontrolle nicht möglich mit Unterstützung Selbstständig 10					9. Stuhlkontrolle		mit Unterstützung	5	
Isolationspflichtige Keime: ja nein Aktuelle Atemwegssymptomatik: ja nein MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? Covid od. Influenzatestung: ja nein Transplantation? Immunsuppression? Ergebnis: /Datum: VAC-Verband? Drainage? Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):	Grad 1 o. 2				10. Harnkontrolle		nicht möglich mit Unterstützung	0 5	
MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? Covid od. Influenzatestung: ja nein Immunsuppression? Ergebnis: /Datum: VAC-Verband? Drainage? Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):	11. Katecholamine				Ge	samt:	Selbstständig	10	
MRE-Screening innerhalb der letzten 7 Tage erfolgt? Covid od. Influenzatestung: ja nein Immunsuppression? Ergebnis: /Datum: VAC-Verband? Drainage? Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):	Isolationsoflichtige Keimer is Transcription	Δ٧	tuelle Δtemwegssymptomatik	ia 🗆	nein 🗆				
Transplantation?									
VAC-Verband?									
	VAC-Verband? \square Drainage? \square				·				
	Spezielle Medikation (z.B. ZE-Medikation):		l .					

Aktuelle MRE-Befunde sind möglichst inkl. Resistogramm, den Verlegungsbericht sowie den aktuellen Medikationsplan als Anlage mitzusenden!

022/02.2024 F.42806