

## Pneumologische Frührehabilitation



per FAX  
039483 706250



039483 70234



fruehreha@lungenklinik-  
ballenstedt.de

## Abteilung für Beatmungsmedizin und Pneumologische Frührehabilitation

Oberarzt Dipl. med. Holger Becher  
Oberarzt Dr. L. Atanasov

Stationskoordination 039483 70231



**Lungenklinik Ballenstedt /  
Harz GmbH**

Robert Koch Straße 26-27  
06493 Ballenstedt

Sehr geehrte Kolleginnen und Kollegen,  
nehmen Sie vorab zur Anmeldung einer Patientin/eines Patienten mit unserer Stationskoordination  
telefonisch Kontakt auf. Füllen Sie diesen Bogen bitte vollständig aus und senden uns diesen zu.

Herzlichen Dank für Ihre Zusammenarbeit.

Überweisende Klinik:

Stempel:

Ansprechpartner:

Datum:

Telefon:

<b>Patientenetikett</b>	<b>Größe:</b> _____ <b>cm</b>	<b>Gewicht:</b> _____ <b>kg</b>	<b>BMI:</b> _____
	<b>Betreuung</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Bei <input type="checkbox"/> ja, durch:		
<b>Nächste Angehörige:</b>			
<b>Telefon:</b>			
<b>Welche Grunderkrankung führte zur Beatmung? Wie lange besteht diese Erkrankung?</b>			
<b>Aktuelle Ursache für die Beatmung?</b>			

<b>Beatmung</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		
<b>Wie lange wurde/wird beatmet?</b>	Von:	Bis:		
<b>Falls Beatmung:</b>	<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> nicht invasiv		
	<input type="checkbox"/> nur Sauerstoff			
<b>Gerät:</b>	<input type="checkbox"/> leihweise	<input type="checkbox"/> verordnet		
<b>Tracheotomie</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> Punktionstracheotomie	<input type="checkbox"/> chirurgisch definitiv/nicht definitiv		
<b>Tracheostoma wieder verschlossen?</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein		
	Wundverhältnisse:			
<b>Neurologische Ausfälle:</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein		
	Art/Ausmaß:			
<b>Relevante Nebendiagnosen:</b>				
<b>Infektiologisch relevante Keime:</b>	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 4 MRGN	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/>
	Benutzen Sie den HYSA Überleitungsbogen für Sachsen – Anhalt			
<b>Covid 19 – Erkrankung</b>	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein		
	<input type="checkbox"/> zuständiges Gesundheitsamt:			

- Bitte senden Sie uns aktuelle Abstriche zur Bakteriologie zu, somit vermeiden wir Verzögerungen bei der Aufnahme.

**Eine Besiedlung ist für uns kein Aufnahmehindernis!**

- **Wir benötigen zur Aufnahme eine aktuelle PCR SARS-CoV-2 (nicht älter als 48h).**

Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die weiterführenden Telefonate mit einem über den Patienten gut informierten Arzt/Ärztin geführt werden.

Bitte nennen Sie uns deshalb den in den nächsten Tagen zuständigen Arzt/Ärztin und die zuständige Pflegefachkraft, inkl. Telefonnummer.

Arzt / Ärztin	
Pflegefachkraft	

Wir werden uns zeitnah mit Ihnen in Verbindung setzen.

Sollte sich in dem Zeitraum bis zur Verlegung ein neuer Aspekt (Verschlechterung des Gesundheitszustandes, etc.) ergeben, bitten wir Sie, uns umgehend in Kenntnis zu setzen.

Datum / Stempel / Unterschrift

<b>Dialyse:</b>	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch
<b>A) FR-INDEX</b>			
1.	intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen ...)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -50
2.	absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -50
3.	intermittierende Beatmung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -50
4.	beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -50
5.	beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -50
6.	schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -25
7.	beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -50
<b>B) Barthel-Index</b>			
1.	Essen und Trinken	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	• mit Unterstützung, wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werde	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
2.	Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	• einschließlich Aufsitzen im Bett	massive Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		minimale Unterstützung	<input type="checkbox"/> 10
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 15
3.	Persönliche Pflege	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	• Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 0
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
4.	Benutzung der Toilette	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
	• An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülen	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
5.	Baden/Duschen	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 0
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
6.	Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 10
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 15
<b>✓ Punkt 7 nur verwenden wenn Punkt 6 mit nicht möglich bewertet wurde</b>			
7.	Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 0
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 5
8.	Treppen auf- und absteigen	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
9.	An- und Ausziehen (einschließlich Schuhbinden, Knöpfe schließen)	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
10.	Stuhlkontrolle	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
11.	Harnkontrolle	nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
		mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		selbstständig	<input type="checkbox"/> 10
<b>Auswertung</b>			
<b>FR-INDEX (A):</b>		<b>BARTHEL-PUNKTZAHL (B):</b>	<b>GESAMTPUNKTZAHL (A+B):</b>