

Pneumologische Frührehabilitation

 per FAX
039483 70180

 039483 70234

 fruehreha@lungenklinik-
ballenstedt.de

**Abteilung für Beatmungsmedizin und
Pneumologische Frührehabilitation**
Chefärztin Dr. medic U. Cretan
Telefon 039483 700

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.

Hochachtungsvoll

ChÄ Dr. medic U. Cretan

Überweisende Klinik:

Stempel:

Ansprechpartner:

Datum:

Telefon:

Patientenetikett	Größe: _____ cm	Gewicht: _____ kg	BMI: _____
	Betreuung	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
	Bei <input type="checkbox"/> ja, durch:		
Nächste Angehörige:			
Telefon:			

Welche Grunderkrankung führte zur Beatmung? Wie lange besteht diese Erkrankung?		
Aktuelle Ursache für die Beatmung?		
Beatmung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wie lange wurde/wird beatmet?	Von:	Bis:
Falls Beatmung:	<input type="checkbox"/> invasiv	<input type="checkbox"/> nicht invasiv
	<input type="checkbox"/> nur Sauerstoff	
Gerät:	<input type="checkbox"/> leihweise	<input type="checkbox"/> verordnet
Tracheotomie	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein
	<input type="checkbox"/> Punktionstracheotomie	<input type="checkbox"/> chirurgisch definitiv/nicht definitiv
Tracheostoma wieder verschlossen?	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein
	Wundverhältnisse:	
Neurologische Ausfälle:	<input type="checkbox"/> ja, seit:	<input type="checkbox"/> nein
	Art/Ausmaß:	
Relevante Nebendiagnosen:		

Infektiologisch relevante Keime:	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 4 MRGN	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/>
	Benutzen Sie den HYSÄ Überleitungsbogen für Sachsen – Anhalt			
Covid 19 – Erkrankung	<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).**

<p>Es hat sich als sinnvoll erwiesen, dass die weiterführenden Telefonate mit einem über den Patienten gut informierten Arzt/Ärztin geführt werden.</p> <p>Bitte nennen Sie uns deshalb den in den nächsten Tagen zuständigen Arzt/Ärztin und die zuständige Pflegefachkraft, inkl. Telefonnummer.</p>	
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

Dialyse:	<input type="checkbox"/> ja/ <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> akut	<input type="checkbox"/> chronisch
A) FR-INDEX			
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) Barthel-Index			
1. Essen und Trinken • mit Unterstützung, wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werde	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	0
	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	5
	selbstständig	<input type="checkbox"/>	10
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt • einschließlich Aufsitzen im Bett	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	0
	massive Unterstützung	<input type="checkbox"/>	5
	minimale Unterstützung	<input type="checkbox"/>	10
	selbstständig	<input type="checkbox"/>	15
3. Persönliche Pflege • Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	0
	mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	0
	selbstständig	<input type="checkbox"/>	5
4. Benutzung der Toilette • An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülen	nicht möglich	<input type="checkbox"/>	0
	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
✓ Punkt 7 nur verwenden wenn Punkt 6 mit nicht möglich bewertet wurde			
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
Auswertung			
FR-INDEX (A):		BARTHEL-PUNKTZAHL (B):	
		GESAMTPUNKTZAHL (A+B):	