

# Karl-Hansen-Klinik GmbH

Klinik für Allgemeine Innere Medizin, Pneumologie und Infektiologie/Tuberkulose, Lungen- und Bronchialheilkunde, Allergologie, Umweltmedizin, Schmerzzentrum Zentrum für Schlafmedizin (DGSM), Zentrum für Intensiv- und Beatmungsmedizin/ Weaning-Zentrum (DGP), Abteilung für Frührehabilitation, HNO-Heilkunde, Phoniatrie und Pädaudiologie, Palliativstation, Klinik für Seelische Gesundheit (KSG)



**Medizinisches Zentrum  
für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH  
MZG-Westfalen**

Karl-Hansen-Klinik GmbH • Antoniusstraße 19 • 33175 Bad Lippspringe

Abteilung Frührehabilitation  
Chefarzt:

**Dr. med. Erik-Christian Ernst**

Facharzt für Innere Medizin, Pneumologie,  
Allergologie, Internistische Intensivmedizin  
Sekretariat: 05252 95-4021  
Telefax: 05252 95-4055  
E.Ernst@medizinisches-zentrum.de

**Antoniusstraße 19  
33175 Bad Lippspringe**

**Casemanagement:**

Uta Diederich  
Telefon: 05252 95-4053  
0174/9265328  
u.diederich@medizinisches-zentrum.de

**Station:**

Telefon: 05252 95-4583

## Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

**Bitte an 05252 95-4055 zurückfaxen**

Seiten: 4 (inkl. Deckblatt)

Sehr geehrte Kollegen,

Sie möchten eine Patientin / einen Patienten in die pneumologische Frührehabilitation der Karl-Hansen-Klinik überweisen.

Bitte beantworten Sie die folgenden Fragen möglichst kurz und präzise.  
An dieser Stelle bereits vielen Dank für die Kooperation.

Mit freundlichem Gruß

Dr. Erik Ernst  
Chefarzt

---

### Personalien des Patienten:

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Geb.-Datum: \_\_\_\_\_ Größe: \_\_\_\_\_ cm      Gewicht: \_\_\_\_\_ kg

Name / Telefon-Nr. des nächsten Verwandten: \_\_\_\_\_

Ist der Patient betreut?  nein       ja durch: \_\_\_\_\_

Träger Medizinisches Zentrum für Gesundheit Bad Lippspringe GmbH • MZG-Westfalen  
Handelsregister Amtsgericht Paderborn HRB 336  
St.-Nr.: 339/5794/0336 • USt-IdNr.: DE184126509  
Geschäftsführer Achim Schäfer • Aufsichtsratsvorsitzender Ulrich Lange  
www.medizinisches-zentrum.de

Sparkasse Paderborn-Detmold  
IBAN DE42 47650130 0003000759  
BIC: WELADE3LXXX  
VerbundVolksbank OWL eG  
IBAN DE59 47260121 9208010700  
BIC: DGPBDE3MXXX

# Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

---

1. Wie lautet und wie lange besteht die zur Beatmung führende Grunderkrankung?

Welche aktuelle Ursache führte zur Beatmung?

2. Wie lange wurde der Patient beatmet? von: \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

3. Wurde der Patient tracheotomiert? Wenn ja, wann und wie?

Technik:  Punktionstracheotomie,  
 chirurgisch: definitiv / nicht definitiv:

Ist das Tracheostoma zwischenzeitlich wieder verschlossen?  ja  nein

4. Wird der Patient jetzt noch beatmet?  ja  nein  nur Sauerstoff

falls Beatmung  invasiv  nicht invasiv

Gerät:  leihweise  verordnet

falls nein:

Wurde zwischenzeitlich ein Beatmungsversuch mit einer Maske durchgeführt?

Wenn ja, wie lange?

5. Neurologische Ausfälle/Delir:

6. Relevante Nebendiagnosen:

Relevante Wunden?  ja  nein

Dialysepflichtigkeit?  ja  nein

Zusätzliche Alkoholkrankung?  ja  nein

7. Medikamente:

8. Letzte Blutgasanalyse mit / ohne Sauerstoff

ohne Sauerstoff: p O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pC O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pH \_\_\_\_\_, HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

mit O<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ l/min: p O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pC O<sub>2</sub> \_\_\_\_\_ mm Hg, pH \_\_\_\_\_, HCO<sub>3</sub> \_\_\_\_\_

## Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

---

9. Bitte vermitteln Sie uns in Stichwörtern die aktuelle Befindlichkeit des Patienten.

Herzinsuffizienz: NYHA:  I-II     III     IV

Vigilanz:  agitiert     ruhig und wach     sediert,     aber erweckbar     tiefsediert

Mobilität: (nach Barthel / Früh-Reha-Barthel, siehe Anlage): ..... / minus .....

Ernährung:

oral;     über naso-gastrale Sonde;     über PEG;     über zentralvenösen Zugang.

- ggf. Name der Sonderkost: \_\_\_\_\_

10. Pflegesituation - Kooperationsfähigkeit:

- |   |                             |                               |
|---|-----------------------------|-------------------------------|
| - Voll pflegebedürftig                                      | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - teilweise pflegebedürftig                                 | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Selbstständige Nahrungsaufnahme möglich                   | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Selbstständiges Sitzen auf der Bettkante / Rumpfkontrolle | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| - Stehen mit Hilfe vor dem Bett möglich                     | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

11. Sind infektiologisch relevante Keime nachgewiesen worden?  Ja     Nein  
Wenn ja, welche?

- MRSA
- ESBL
- VRE
- LVRE
- Multiresistente gramnegative Erreger (MR-GNE) z.B.  
Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella, E. coli,  
Acinetobacter baumannii

**Bitte Antibiogramme schicken.**

12. Welche Antibiotika wurden während des stationären Aufenthaltes verabreicht?  
**(Präparate / Dauer)**

Aktuelles CRP: \_\_\_\_\_ (Norm: \_\_\_\_\_)

13. CT-Thorax vorhanden

- Ja    -> dann bitte CD mitgeben     Nein

## Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

---

14. Hämoglobin / Hämatokrit **zum Zeitpunkt der Aufnahme:** \_\_\_\_\_ g% \_\_\_\_\_ %

Hämoglobin / Hämatokrit **(aktuell):** \_\_\_\_\_ g% \_\_\_\_\_ %

**Wir bitten den Hb vor Verlegung auf einen Wert um 11 g% aufzutransfundieren.**

Ist die Blutgruppe des Patienten bekannt?  Ja  Nein

Wenn ja, welche: \_\_\_\_\_ Rh

Es hat sich als äußerst sinnvoll erwiesen, dass die weiterführenden Telefonate mit einem über den Patienten gut informierten Arzt geführt werden. Bitte nennen Sie uns daher den in den nächsten Tagen zuständigen Arzt und Oberarzt und ggf. Pflegekraft.

Oberarzt: \_\_\_\_\_ Ass.arzt: \_\_\_\_\_ Pflegekraft: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. der Krankenhauspforte: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. der Station: \_\_\_\_\_

Nach Erhalt der Antwort auf die eben gestellten Fragen werden wir uns mit Ihnen in Verbindung setzen. Sollte sich der Patient inzwischen so weit verschlechtern oder sich ein neuer Aspekt ergeben, so dass eine zügige Übernahme nicht mehr möglich oder erforderlich ist, bitten wir Sie uns hierüber umgehend in Kenntnis zu setzen.

**Bitte an 05252 / 95-4055 zurückfaxen!!!**

## Personalien zur Aufnahme (abgeändert für Früh-Reha Fax)

Patientenname: \_\_\_\_\_

1. Telefonnummer Ihrer Aufnahmeabteilung: \_\_\_\_\_

2. Verlegende Einrichtung: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

3. War der Patient bei uns in stationärer Behandlung?  Nein  Ja, wann? \_\_\_\_\_

4. Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

5. Geburtstag: \_\_\_\_\_ Geburtsort: \_\_\_\_\_

6. Geburtsname: \_\_\_\_\_

7. Geschlecht: \_\_\_\_\_ Familienstand: \_\_\_\_\_

8. Staatsangehörigkeit: \_\_\_\_\_ Konfession: \_\_\_\_\_

9. Straße: \_\_\_\_\_

10. PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

11. Tel. Priv.: \_\_\_\_\_

12. Tel. / Name der nächsten Angehörigen: \_\_\_\_\_

13. Hausarzt: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

14. Krankenkasse: \_\_\_\_\_ Straße: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

15. Wahlleistung mit Chefarztbehandlung:  Nein  Ja

16. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_ Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

17. Ist die Zuzahlungspflicht (max. 24 Tage) für das laufende Kalenderjahr bereits erfüllt?

Ja  Noch \_\_\_\_\_ Tage

Patientenname: \_\_\_\_\_

1. Trachealzugang:  
- Art:                      letzter Wechsel am:                      Größe:                      Besonderheiten:  
  
-

2. Arterieller Zugang:  
- Art:                                      Anlage am:                                      Besonderheiten:  
  
-

3. Venenzugang:  
- Art:                                      Ort:                                      Anlage am:                                      Besonderheiten:  
  
- Art:                                      Ort:                                      Anlage am:                                      Besonderheiten:

4. Blasenkatheter/SPK:  
  
- Art:                                      seit:                                      letzter Wechsel am:                                      Größe:  
  
Besonderheiten:

5. Zugang Magen-/Darmtrakt:  
  
- Art:                                      Ort:                                      Anlage am:                                      Besonderheiten:  
  
- letzter Stuhlgang am:                                      Beurteilung/Besonderheiten:

6. Drainagen/Sonstiges:  
  
- Art:                                      Ort:                                      Anlage am:                                      Besonderheiten:

7. Hautstatus:  
  
- Turgor:  
- Defekte (Dekubitus) / Infektionen / Ausschlag:  
- Art:                                      Ort:                                      Größe:                                      Behandlung:  
  
- Art:                                      Ort:                                      Größe:                                      Behandlung:  
  
- Art:                                      Ort:                                      Größe:                                      Behandlung:  
- Wird eine Wechseldruckmatratze benötigt?

8. Mundschleimhaut:

9. Bewußtseinslage:

10. Mobilität:

11. Psychosoziale Anamnese (z. B. Motivation, Kooperation, Angehörige, Perspektiven, etc.)

12. Sonstiges:

Pflegekraft verlegendes Haus:                                      Bitte am Verlegungstag mitschicken

\* Anmeldung Früh-Rehabilitation\_1

# Anmeldung zur Früh-Rehabilitation

## A) FR-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veget. Krisen)	Ja <input type="checkbox"/>	- 50
	Nein <input type="checkbox"/>	0
absaugpflichtiges Trachestoma	Ja <input type="checkbox"/>	- 50
	Nein <input type="checkbox"/>	0
intermitt. Beatmung	Ja <input type="checkbox"/>	- 50
	Nein <input type="checkbox"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja <input type="checkbox"/>	- 50
	Nein <input type="checkbox"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	Ja <input type="checkbox"/>	- 50
	Nein <input type="checkbox"/>	0
schwere Verständigungsstörung	Ja <input type="checkbox"/>	- 25
	Nein <input type="checkbox"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja <input type="checkbox"/>	- 50
	Nein <input type="checkbox"/>	0

## B) Barthel-Index

<b>ESSEN</b>	Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/>	10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
<b>BETT-(ROLLSTUHL-) TRANSFER</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	<input type="checkbox"/>	10
	Erhebliche Hilfen beim Transfer, Lagewechsel, Liegen / Sitz selbstständig	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
<b>WASCHEN</b>	Unabhängig beim Waschen von Gesicht + Händen, beim Kämmen + Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
<b>TOILETTENBENUTZUNG</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe, z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts (An-/Ausziehen) oder bei der Reinigung	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
<b>BADEN</b>	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
<b>GEHEN AUF FLUR- EBENE BZW. ROLLSTUHLFAHREN</b>	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfen oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	<input type="checkbox"/>	10
		<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig b	<input type="checkbox"/>	0
<b>TREPPENSTEIGEN</b>	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	<input type="checkbox"/>	0
<b>AN- UND AUSKLEIDEN</b>	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbstständig durchführen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbstständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
<b>STUHLKONTROLLE</b>	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/>	10
	Gelegentlich inkontinent	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger / ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0
<b>URINKONTROLLE</b>	Ständig kontinent ggf. bei Versorgung eines DK/Cystofix	<input type="checkbox"/>	10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x am Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger / ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0

Name:	_____
Vorname:	_____
Geb.-Datum:	_____

**Summe FR-Index (A):**  
**Summe Barthelindex (B):**  
**Frühreha-Barthel-Index (A+B):**