

Evangelische Lungenklinik Berlin Pneumologische Frührehabilitation

Bitte mit aktuellem Arztbrief zurückfaxen an: Belegungsmanagement 030 / 94802 – 298

Sehr geehrte Frau Kollegin, Sehr geehrter Herr Kollege,

um die weitere Betreuung Ihrer Patientin/ Ihres Patienten so optimal wie möglich planen zu können, möchten wir Sie bitten, den folgenden Fragenkatalog komplett ausgefüllt an uns weiterzuleiten.

Patientendaten	Name _____ Vorname _____ Geb. _____		
	Wohnort _____		
	Größe _____ Gewicht _____ BMI _____		
	Betreuung vorhanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Angehörige/ Betreuer informiert? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>		
Ansprechpartner	Klinik: _____ Stat. _____		
	Zuständiger Arzt: _____		
	Tel-Nr: _____ / Fax-Nr: _____		
Diagnosen/ relevante Komorbiditäten			
<input type="checkbox"/>	COPD	<input type="checkbox"/>	Koronare Herzkrankheit
<input type="checkbox"/>	Thorakorestriktive Erkrankung	<input type="checkbox"/>	Linksherzinsuffizienz
<input type="checkbox"/>	Pneumonie	<input type="checkbox"/>	Arterielle Hypertonie
<input type="checkbox"/>	Interstitielle Lungenkrankheit	<input type="checkbox"/>	Pulmonale Hypertonie
<input type="checkbox"/>	Lungenembolie	<input type="checkbox"/>	Onkologische Erkrankung
<input type="checkbox"/>	Beatmung <input type="checkbox"/> NIV <input type="checkbox"/> invasive	<input type="checkbox"/>	Infektionskrankheiten
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus		
<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____		
Infektiologie/ Mikrobiologie			
<input type="checkbox"/>	MRSA;	<input type="checkbox"/>	ESBL;
<input type="checkbox"/>	HIV;	<input type="checkbox"/>	TBC ;
<input type="checkbox"/>	Sonstige: _____		

Pflugesituation			
Hilfsbedarf	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> teilweise (_____) <input type="checkbox"/> vollständig		
Hilfsmittel	<input type="checkbox"/> kein <input type="checkbox"/> Spezialbett <input type="checkbox"/> Spezialmatratze <input type="checkbox"/> _____		
Bewußtseinslage	<input type="checkbox"/> wach/ orientiert <input type="checkbox"/> verwirrt/ delirant <input type="checkbox"/> vigilanzgemindert <input type="checkbox"/> nicht ansprechbar		
Ernährung	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> selbstständig/ <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/> ZVK Ernährungslösung:		
Ausscheidung	<input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> mit Hilfe <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Urinkatheter <input type="checkbox"/> suprapubischer Katheter		
Besonderes	<input type="checkbox"/> Dekubitus _____ <input type="checkbox"/> Lähmungen _____ <input type="checkbox"/> Wunden _____ <input type="checkbox"/> Sonstiges _____ <input type="checkbox"/> Sedativa/Opiate _____ <input type="checkbox"/> Dialysepflicht.. <input type="checkbox"/> interm. <input type="checkbox"/> kontinuierlich		
Frühreha-Index (Punkte) + Barthel-Index (Punkte) = Gesamtpunktzahl: _____ Punkte			
Frühreha-Index	Ja	Nein	Pkt.
Intensivmedizinisch überwachungspflichtig			
Absaugpflichtiges Tracheostoma			
Intermittierende Beatmung			
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung			
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung			
Schwere Verständigungsstörung			
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung			
Frühreha-Index (FRI)			
Gesamtpunktzahl			
Barthel-Index	Pkt.	Pkt.	
Essen		An- und Auskleiden	
Körperpflege		Baden/Duschen	
Auf- und Umsetzen		Aufstehen & Gehen/ Fortbewegen	
Treppensteigen		Toilettenbenutzung	
Stuhlinkontinenz		Harninkontinenz	
Gesamtpunktzahl			
Verlegungswunsch: <input type="checkbox"/> Sofort <input type="checkbox"/> ab _____			

Datum/ Unterschrift: _____