

# Neurologische Frührehabilitation

## Anmeldebogen für Zuweiser

NVNR e.V., Stand August 2024

### Zuweiserdaten

Gewünschter Verlegungstermin:

Behandelnde(r)  
Arzt/Ärztin

Name

Telefon

Station/Pflege

Name

Telefon

Sozialdienst

Name

Telefon

Stempel

### Patientendaten

Angehörige:

Name

Telefon

Vorsorgevollmacht:  Ja  Nein

Therapielimitierung:  Nein  Ja

Betreuung:

Name

Telefon

Vorbestehender Pflegegrad:  Nein  Ja

1

Sprachfähigkeit Dt.

Es wurde aktuell bereits ein Pflegegrad bestimmt bzw. eine Bestimmung beantragt:  ja  nein

Patientenetikett ODER Daten händisch eintragen

Kostenträger: Name

ggf.:  Wahlleistung /  inkl.1 Bett

### Relevante Diagnosen und Vorerkrankungen

<b>Vigilanz:</b>	<input type="checkbox"/> wach	<input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös	<input type="checkbox"/> (int.) agitiert	<input type="checkbox"/> Delir
<b>Syndromatik:</b>	<input type="checkbox"/> Hemiparese	<input type="checkbox"/> Paraparese	<input type="checkbox"/> Tetraparese	<input type="checkbox"/> Dysphagie	<input type="checkbox"/> Aphasie	<input type="checkbox"/> Dysarthrie
<b>Mobilitätsgrad:</b>	<input type="checkbox"/> bettlägerig	<input type="checkbox"/> Bettkante	<input type="checkbox"/> Mobi-Stuhl	<input type="checkbox"/> Stand mit Hilfe	<input type="checkbox"/> Stand frei	<input type="checkbox"/> gehfähig
<b>Hilfsmittel:</b>	<input type="checkbox"/> Gehstützen	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Orthesen	<input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="text"/>	
<b>Ernährung:</b>	<input type="checkbox"/> oral	<input type="checkbox"/> ohne Einschränkungen	<input type="checkbox"/> Konsistenzanpassung: <input type="text"/>			
	<input type="checkbox"/> enteral	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	Sondenkost: <input type="text"/>	<input type="text"/> kcal/d	<input type="text"/> Wasser:
	<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> ZVK / Port	<input type="checkbox"/> peripher			
<b>Größe</b>	<input type="text"/> cm	<b>akt. Gewicht</b>	<input type="text"/> kg			

<b>(int.) maschinelle Unterstützung:</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Modus: _____
	<input type="checkbox"/> ggf. O <sub>2</sub> -Gabe: _____	l/min _____
<b>Tracheostoma:</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja: chirurgisch / dilatativ <input type="checkbox"/> aktuelle TK & Größe (ID): _____
<b>überwachungs-/monitorpflichtig:</b>	<input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja, Parameter: _____

## Devices, Wunden & Keimbesiedlung, Dialyse

<b>Devices:</b>	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Arterie	<input type="checkbox"/> NGS	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> TUDK	<input type="checkbox"/> SPDK	<input type="checkbox"/> VPS / EVD
<b>Wunden / Decubitus:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja -> bitte Decubitus-/Wunddokumentation beifügen				<input type="checkbox"/> Drainage/n	
<b>Keimbesiedlung:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 3 / 4 – MRGN <input type="checkbox"/> VRE				Lokalisation: _____	
<b>Diarrhoen:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> Clostr. Diff. <input type="checkbox"/> Norovirus <input type="checkbox"/> andere: _____					
<b>Dialyse:</b>	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja: <input type="checkbox"/> CVVH <input type="checkbox"/> int. Hämodialyse		_____ x / Woche		<input type="checkbox"/> Volumenrestriktion	

## Aktuelle Medikation (bitte möglichst vollständig)

Wirkstoff	Dosis (Stck. / mg / ml etc.)	Verteilung über Tag (z.B. 1-0-1-0)	Verabreichung (p.o., Sonde, i.v. etc.)

... alternativ gerne ausgedruckter Medikamentenplan als Anlage !

Es wurde bereits ein Antrag auf Kostenübernahme / Reha-Antrag beim Kostenträger gestellt:		<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
Name Antragstellerin (bitte in Druckbuchstaben): _____		Telefon für Rückfragen: _____	
Datum: _____		Unterschrift: _____	
Wir bitten um eine kurze Benachrichtigung, falls der Patient/die Patientin nach Anmeldung bei uns doch in eine andere Klinik verlegt wird.			

## Akutmedizinischer Behandlungsbedarf

Nr.:	Spezifizierung:	trifft zu:	
I.1	Intensive Überwachungspflicht mit kontinuierlichem Monitoring von mindestens 1 Parameter (EKG, SpO2) an einem Monitor mit zentraler Überwachung oder diskontinuierliche hochfrequente nicht-invasive RR-Messung (Dokumentation der gemessenen Parameter 6 x tgl.); das apparative Monitoring kann für Therapien und Diagnostik unterbrochen werden	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.2	Notwendigkeit kontinuierlicher oder intermittierender i. v. Medikamentengabe, inkl. medizinisch nachvollziehbar indizierter i.v.-Flüssigkeit mit Bilanzierungsbedarf oder parenteraler Ernährung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.3	Infektion mit Temperaturerhöhung >38°C	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.4	Beatmung mit Weaning oder Einstellung auf Heimbeatmung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.5	Abtrainieren vom Tracheostoma	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.6	Absaugpflichtiges Tracheostoma ((bei Trachealkanüle unabhängig von der neurologischen Grunderkrankung, z. B. HNO-ärztl./internist. Erkrankung, Begründung in Kategorie III erforderlich)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.7	Dysphagie mit Aspirationsrisiko und Behandlungsziel Entwöhnung nasogastrale Sonde oder PEG und/oder oraler Kostaufbau. Notwendigkeit einer regelmäßigen spezifischen Schlucktherapie mit wöchentlichem standardisiertem Assessment der Schwere und des Aspirationsrisikos. Notwendigkeit einer Überwachung des Kostaufbaus 1:1 oder in Kleinstgruppen bis max. 3 Patienten durch Schlucktherapeuten oder erfahrenes Pflegepersonal.	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.8	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungs- oder Verhaltensstörung mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung aufgrund des erworbenen Hirnschadens bei gleichzeitig bestehendem positiven Rehapotential	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.9	Spastisches Zustandsbild mit aufwändiger multimodaler Therapie (z.B. Redression, intensivierter Physiotherapie, BTX-Behandlung, Baclofempumpenimplantation, differenzierter medikamentöser Therapie)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.10	Plötzliche Bewusstseinsstörung oder akuter Verwirrheitszustand	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.11	Serielle Lumbalpunktion, Shunt- oder Baclofempumpeneinstellung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
I.12	Vorhandensein von einem der folgenden Verfahren: ZVK / EVD / Thoraxdrainage / Spüldrainagen / Vorhandensein eines Herzunterstützungssystems (VAD, „Kunstherz“) bei BI <60	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.1	BI (nach dem Hamburger Manual) <35 Pkt. = impliziert eine hohe Pflegeintensität	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.2	Maßgebliche medikamentöse Umstellung / Neueinstellung neurologischer oder internistischer Krankheitsbilder mit konsekutiv notwendiger klinischer Beobachtung und diagnostischer Kontrolle (bis max. 5 Tage nach letzter Medikationsänderung)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.3	Spezielles Wundmanagement inkl. Dekubitustherapie, auch VAC-Therapie mit der Notwendigkeit einer mind. 3-stündlichen Umlagerung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.4	Isolationspflicht, solange eine Therapieindikation seitens der neurologischen Schädigung besteht	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.5	Aufwändige Diagnostik zur Ursachenabklärung, Verlaufskontrolle oder Abschätzung der Prognose des Krankheitsbildes (min. 3 Untersuchungs-Verfahren pro Woche, ausgenommen Routinelabor)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.6	Intensiver Betreuungs- oder Beaufsichtigungsbedarf - im zeitlichen Zusammenhang mit einem Akutereignis - aufgrund: (a) schwerer Verständigungsstörung oder (b) schweren Neglects oder (c) Rumpfinstabilität bei hochgradiger Tetraparese, Hemiplegie oder Paraparese	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.7	Interventionen oder spezielle diagnostische Maßnahmen, die aufgrund der Schwere der Grunderkrankung nicht ambulant durchgeführt werden können (Tracheostomaanlage/ -verschluss / -erweiterung, PEG-Anlage, Pufi-Anlage, etc.)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.8	Belastungsinstabile Frakturen	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
II.9	Substitutionspflichtige Elektrolytstörung mit min. 2 x pro Woche Laborkontrolle	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.1	Patient kommt mit klarem Auftrag zur Dekanülierung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.2	Patient kommt mit klarem Auftrag zum vollständigen oralen Kostaufbau bei noch bestehender Aspirationsgefahr mit beaufsichtigungspflichtiger Schluckstörung	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.3	Patient kommt zur Behandlung eines spastischen Schubes	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein
III.4	Seltene Indikationen (Begründung des stationären Behandlungsbedarfes außerhalb der Kategorien I und II erforderlich)	<input type="radio"/> ja	<input type="radio"/> nein

## Frühreha-Index nach Schönle (FRI)

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. vegetative Krisen)	ja (-50)	<input type="radio"/> nein (0)
absaugpflichtiges Tracheostoma	ja (-50)	<input type="radio"/> nein (0)
intermittierende Beatmung	ja (-50)	<input type="radio"/> nein (0)
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	ja (-50)	<input type="radio"/> nein (0)
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	ja (-50)	<input type="radio"/> nein (0)
schwere Verständigungsstörungen	ja (-25)	nein (0)
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	ja (-50)	<input type="radio"/> nein (0)
<b>Summe</b>		

## Barthel-Index (BI), Scoring nach dem 'Hamburger Manual'

<b>Essen</b>	komplett selbständig <u>oder</u> selbständige Ernährung über MS/PEG	10
	Hilfe bei der Vorbereitung nötig, aber selbständiges zum-Mund-Führen und Einnehmen von Speisen und Getränken <u>oder</u> Hilfe bei Ernährung über MS/PEG	5
	kein selbständiges zum-Mund-Führen oder Einnehmen von Speisen und Getränken <u>und keine</u> MS/PEG-Ernährung	0
<b>Aufsetzen / Umsetzen</b>	komplett selbständig aus liegender Position in Stuhl/Rollstuhl und zurück	15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
	wird aufgrund seiner körperlichen oder sonstigen Befindlichkeit nicht aus dem Bett transferiert	0
<b>Sich waschen</b>	vor Ort selbständig incl. notwendiger Vor- und Nachbereitungen	5
	erfüllt „5“ nicht	0
<b>Toilette benutzen</b>	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung	10
	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhl-benutzung oder Spülung / Reinigung erforderlich	5
	benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
<b>Baden / Duschen</b>	selbständig Vollbad oder Duschbad nehmen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5
	erfüllt „5“ nicht	0
<b>Aufstehen &amp; Gehen</b>	ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen selbständig gehen	15
	ohne Hilfe oder Aufsicht vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10
	ggf. mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen, <i>alternativ</i> : Strecken im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl bewältigen	5
	erfüllt „5“ nicht	0
<b>Treppe steigen</b>	steigt ohne Aufsicht oder Hilfe Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	10
	steigt mit Aufsicht oder Laienhilfe Treppen über mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter	5
	erfüllt „5“ nicht	0
<b>An- und Auskleiden</b>	zieht sich in angemessener Zeit Tageskleidung und Schuhe (sowie ggf. benötigte Hilfsmittel – ATS, Prothesen etc.) selbständig an und aus	10
	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5
	erfüllt „5“ nicht	0
<b>Stuhlkontrolle</b>	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen und Anus- <i>praeter</i> -Versorgung	10
	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
<b>Harnkontrolle</b>	ist harnkontinent oder kompensiert Harninkontinenz / versorgt DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10
	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harnkontinent	0
<b>Summe:</b>		

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die sonst motorisch selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.

Sollten abhängig von der Tagesform unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.