

Helios Klinikum Schleswig
St. Jürgener Str. 1-3, 24837 Schleswig
Station C2 – Neuro Phase B
OA: Dipl.-med. Frank Sauer MSc.,
Frank.Sauer@helios-gesundheit.de
Tel.: (04621) 812-1883,
Fax: (04621) 812-1511

Zuweiserverdaten:**Gewünschter Verlegungstermin:** _____

Behandelnder Arzt Name: _____ Telefon: _____

Station Name: _____ Telefon: _____

Sozialdienst Name: _____ Telefon: _____

Patientendaten:

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

Adresse: _____ Kostenträger: _____

Chefarztbehandlung: ja nein

Pflegegrad:

 ja 1 2 3 4 5 nein

Angehörige: _____ Name: _____

Telefon: _____

Diagnosen:

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____

Bitte Kurzepikrise beifügen!

Klinischer Zustand:Vigilanz agitiert ruhig wach
 somnolent soporös komatösSyndrom Hemiparese Paraparese Tetraparese
 Aphasie Dysarthrie Dysphagie
 Neglect Delir

Mobilitätsgrad bettlägerig Bettkante Mobistuhl

 Stand unmöglich mit Hilfe frei

 Gehfähigkeit unmöglich mit Hilfe
 Gehwagen/Rollator frei

 Ernährung normal Dysphagiekost
 Sondenkost parenteral

Atmung:

 Spontan ja Sauerstoff in l / min. _____
 nein

 Tracheostoma ja nein chirurgisch dilatativ

 Beatmung ja nein

Monitor-/ Intensivüberwachungspflicht:
 ja nein

Zugänge:
 ZVK MS PEG/Jet-PEG DK
 SPK Drainagen VAC-Verband

Wunden / Dekubitus:

Bei Vorhandensein von Wunden und/oder Dekubitus bitte Wunddokumentation als Anlage beifügen.

 Wunden ja Ort _____
 nein

 Dekubitus ja Ort _____
 nein

 Grad 1 2 3 4

Keimbesiedelung:

 MRSA ja Ort _____
 nein

 3-MRGN ja Ort _____
 nein

4-MRGN ja nein Ort _____

VRE ja nein Ort _____

Clost. Diff. ja nein Ort _____

Negative Testung: Nasen/Rachen Leiste perianal Wunde
 PEG SPK ZVK Trachealsekret

Datum der letzten Testung _____

Aktuelle Medikation:

Alternativ Medikamentenplan als Anlage beifügen.

- 1 _____
- 2 _____
- 3 _____
- 4 _____
- 5 _____
- 6 _____
- 7 _____
- 8 _____
- 9 _____
- 10 _____

Teil A: Frühreha-Barthel-Index	nein	ja	Punkte
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	-	
absaugfähiges Tracheostoma	0	-	
intermittierende Beatmung	0	-	
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-	
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und /oder schwere Verständigungsstörung)	0	-	
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-	
Summe A:			

Teil B: Barthel-Index	Punkte	Punkte
Essen		
unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
benötigt etwas Hilfe, z. B. Brot schneiden, Hilfe bei PEG	5	
nicht selbstständig, auch wenn Hilfe gewährt wird, keine PEG	0	
Bett-/(Roll-) Stuhl-Transfer		
unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit aus liegender Position	15	
geringe Hilfen oder Beaufsichtigung (ungeschulte Laienhilfe)	10	
erhebliche Hilfe beim Transfer (geschulte, professionelle Hilfe)	5	
nicht selbstständig, obwohl Hilfe gewährt, faktisch kein Transfer	0	
Waschen, persönliche Pflege		
unabhängig beim Waschen, inkl. Frisieren, Rasieren, Zähne putzen	5	
nicht selbstständig	0	
Toilettenbenutzung		
unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit, inkl. Reinigung	10	
benötigt Hilfe (z. B. durch unzureichendes Gleichgewicht)	5	
nicht selbstständig, benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	
Baden/Duschen		
unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5	
nicht selbstständig, auch wenn Hilfe gewährt wird	0	
Aufstehen/Gehen auf Flurebene oder Rollstuhlfahren		
unabhängig beim Gehen > 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Rollator	15	
geringe Hilfe oder Überwachung, Rollator, kein Rollstuhl erlaubt	10	
erhebliche Hilfe, ggf. mit Rollator, mit Rollstuhl selbstständig	5	
nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	
Treppensteigen		
unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (5 Stufen)	10	
benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5	
nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppensteigen	0	
An- und Auskleiden		
unabhängig beim An- und Auskleiden	10	
benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbstständig durchführen	5	
nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0	
Stuhlkontrolle		
ständig kontinent, Abführmaßnahmen selbstständig	10	
maximal 1x/Woche inkontinent, Hilfe bei Abführmaßnahmen	5	
häufiger/ständig inkontinent (> 1x/Woche)	0	
Harnkontrolle		
ständig kontinent, selbstständige Versorgung des Katheters	10	
maximal 1x/Tag inkontinent, Hilfe bei Katheterversorgung	5	
häufiger/ständig inkontinent (> 1x/Tag)	0	
Summe B:		
Summe A + B:		