

als Krankenhausdirektverlegung (Antragstellung beim Kostenträger im Einzelfall erforderlich!)

<p>BDH-Klinik Vallendar gGmbH Heerstraße 54a, 56179 Vallendar Patientenkoordination</p> <p>Tel.: 0261/6405 – 195 Arzt.: 0261/6405 – 0 Fax: 0261/6405 – 737</p> <p><u>aufnahme@bdh-klinik-vallendar.de</u></p>	<p>(Stempel)</p> <p>Anmeldende Klinik:</p>
<p style="text-align: right;">(Patientenaufkleber)</p> <p>Patient (Name, Vorname):</p> <p>Geburtsdatum:</p> <p>Anschrift:</p> <p>Kostenträger:</p> <p>Versicherungsnummer:</p> <p>Versichertenstatus:</p>	<p>Ansprechpartner für Rückfragen</p> <p>Behandelnder Arzt:</p> <p>Tel.:</p> <p>Sozialdienst:</p> <p>Tel.:</p>

Neurologische Diagnose (wenn möglich, vorläufigen Arztbrief beifügen):

Nebendiagnosen:

Infektionsstatus:

- MRSA** pos. neg. kein Screening
- 3MRGN** pos. neg.
- 4MRGN** pos. neg.
- VRE** pos. neg.
- Clostridien Hepatitis HIV

Aktuelle Medikation (kann auch als Ausdruck beigefügt werden)

Andere kostenintensive Medikamente

Medizinische Daten

- Trachealkanüle
- Sauerstoffbedarf/ O₂-Zufuhr notwendig
- ZVK
- Shunt
- PEG PEJ Nasogastrale Sonde oralisiert
- Stoma
- Transurethraler Blasendauerkatheter
- Suprapubischer Blasendauerkatheter
- Stoma
- Dialyse notwendig / seit wann ohne Dialyse _____

Funktionsstörungen und Hilfsmittel

- Hemiparese
- Tetraparese
- Aphasie/Kommunikationsstörung
- Schluckstörung
- Erblindung
- Rollstuhl
- Rollator
- Chronische Wunden / Lokalisation _____
Therapie:
- Dekubitus / Lokalisation _____
- Körpergröße _____
- Adipositas >130 kg /Gewicht _____
- Frakturen/Fixateur externe
- Lokalisation _____ Übungsstabil Ja/Nein

Angehörige

- Name
- Anschrift
- Telefonnummer

Betreuung eingerichtet/Vorsorgevollmacht (wenn möglich mitsenden)

- Ja, Name _____
- Nein

Pflegegrad

- vorhanden
- beantragt
- nicht beantragt

Wohnsituation

- im Pflegeheim
- zur Miete
- Eigenheim
- obdachlos

Bemerkungen:

Datum: _____

Unterschrift: _____

Barthel-Index

A. Frühreha-Barthel-Index	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	- 50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	- 50
Intermittierende Beatmung	0	- 50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	- 50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	- 50
Schwere Verständigungsstörung	0	- 25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	- 50
Gesamt:		

B. Barthel-Index			
	<i>nicht möglich</i>	<i>mit Unterstützung</i>	<i>selbständig</i>
1. Essen und Trinken <i>(mit Unterstützung, wenn Speisen zurechtgeschnitten werden)</i>	0	5	10
2. Transfer Bett - Rollstuhl	0	5	15
3. Persönliche Pflege <i>(Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen)</i>	0	0	5
4. Benutzung der Toilette <i>(An-/Auskleiden, Körperreinigung ...)</i>	0	5	10
5. Baden / Duschen	0	0	5
6. Gehen auf ebenen Grund	0	10	15
6.a. Fortbewegen mit dem Rollstuhl auf ebenem Grund <i>(nur verwenden, wenn unter 6. „nicht möglich“ angekreuzt wurde)</i>	0	0	5
7. Treppen steigen	0	5	10
8. An-/Ausziehen <i>(einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)</i>	0	5	10
9. Stuhlkontrolle	0	5	10
10. Harnkontrolle	0	5	10
Summe Barthel-Index:			

(Patientenaufkleber)

Frühreha-Barthel-Index (A):

Barthel-Index (B):

Gesamtpunktzahl:

Datum, Unterschrift