

**Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital –
Klinik für Neurologie und Neurologische Rehabilitation**

Bitte ankreuzen

☐ Verlegungsanfrage an UKM Marienhospital – Neurologische
Frührehabilitation

☐ zusätzlich inklusive Barthel-Index

UKM Marienhospital GmbH
Akademisches Lehrkrankenhaus
der Universität Münster

**Klinik für Neurologie und
Neurologische Rehabilitation** Chefarzt
Dr. med. Norbert Krause-Pape

 Mauritiusstr. 5
48565 Steinfurt
Tel.: 02552 79-0

Datum der Anfrage _____

Name und Vorname des Patienten _____

Geburtsdatum _____

Anfragende Fachklinik/Station _____

Ansprechpartner/Arzt _____

Rückruf-Telefonnummer: _____

Case Management der anfragenden Klinik Telefon: _____

 Patient*in/Angehörige sind über Verlegungsanfrage informiert? ☐ ja ☐ nein ☐ einverstanden ☐ nicht einverstanden

Gewünschtes Verlegungsdatum in das UKM Marienhospital _____

Hauptdiagnose _____

ausführliche Diagnosen und Medikamentenliste bitte in den beigelegten Arztbrief

 Dialyse ☐ ja ☐ nein

Bildgebung im Traumanetzwerk (UKM)

☐ ja ☐ nein ☐ keine Bildgebung vorhanden

 Bildgebung wird über Westdeutschen Teleradiologieverbund beigelegt
(externe Klinik)

☐ ja ☐ nein ☐ keine Bildgebung vorhande

Infektionsstatus, wenn bekannt

MRSA ☐ pos. ☐ neg. **VRE** ☐ pos. ☐ neg. **MRGN** ☐ pos. ☐ neg. ☐ __-fach ☐ Befunde werden gefaxt

 Sonstige bekannte isolationspflichtige Infektionen _____ ☐ Befunde werden gefaxt

(Be-)Atmung:

 Modus _____ Absaugen/Schicht ca. ____ mal ☐ suffiziente Spontanatmung O2l/Min. _____

☐ Trachealkanüle Stoma-Typ ☐ Dilatativ ☐ Chirurgisch/HNO TK-Typ _____ Datum der Anlage _____

☐ ZVK Datum der Anlage _____ ☐ suprapubischer Blasenkatheter Datum der Anlage _____ ☐ Nasogastral-Sonde

Ernährung:

 Kostform _____ ☐ PEG Sondenkost Produkt _____ Datum der Anlage _____ ☐ Körpergewicht > 140 kg

 Akutes Delir ☐ ja ☐ nein Fixierung ☐ ja ☐ zeitweise ☐ nein Beschluss bis _____ Bekannte Demenz ☐ ja ☐ nein

 Pflegegrad: _____ Häusliche Versorgung bislang ☐ selbstständig zuhause ☐ zuhause mit Pflege ☐ stationäre Pflegeeinrichtung

 Sozialdienst anfragende Klinik bereits involviert ☐ ja ☐ nein

Ansprechperson im Sozialdienst _____

 Gesetzliche Betreuung ☐ ja ☐ nein Kontaktperson/Betreuer*in _____

Bitte ausgefüllt und mit aktuellem Arztbrief an Fax: 02552- 791152
Ihr CASE MANAGEMENT am UKM Marienhospital: Tel.: 02552-794197 Mail.: <mailto:casemanagement@ukm-mhs.de>

Name und Vorname des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____

☐ Intensiv ☐ IMC ☐ Stroke ☐ Normal-Station

1.) Essen und Trinken („mit Unterstützung“), wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden	PEG / MS = 5 Pkte	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
2.) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschließlich Aufsitzen im Bett)		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
3.) Persönliche Pflege (Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne putzen)		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
4.) Benutzung der Toilette (An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
5.) Baden / Duschen		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
6.) Gehen auf ebenem Untergrund		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
6a) Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit „nicht möglich“ bewertet wurde)		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
7.) Treppen auf- / absteigen		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
8.) An- / Ausziehen (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
9.) Stuhlkontrolle		nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
10.) Harnkontrolle	DK = 5 Punkte!	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	

Barthel-Index (0 bis PLUS 100) (Summe B) +

Intensivmedizinische Überwachung	- 50	
intermittierende Beatmung (auch CPAP od. NIV)	- 50	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	- 50	
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	- 50	
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (Eigen- oder Fremdgefährdung)	- 50	
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	- 50	
schwere Verständigungsstörung (Aphasie)	- 25	

Früh-Reha-Index (minus 25 bis minus 325) (Summe A):
Summe Früh-Reha-Barthel-Index (A + B):

BARTHEL INDEX – Erhebungsdatum:

Untersucher:

Station-Tel.:

Bitte zusenden per Fax: 02552-791152