REHAB Basel, Klinik für Neurorehabilitation und Paraplegiologie, Im Burgfelderhof 40, 4055 Basel

Tel. 061 325 00 92 Email: [bettenplanung@rehab.ch](mailto:bettenplanung@rehab.ch)

NAME / Vorname Patient:       Geburtsdatum:

Diagnose:      Datum des Ereignisses:

Einweisung durch:

**Bitte lassen Sie den Fragebogen durch die betreuende Pflegeperson ausfüllen und faxen Sie ihn an uns zurück. Besten Dank.**

**Vitalzeichen / Atmung ja nein**

Stabiler Blutdruck?

Stabiler Puls?

Stabile Temperatur?

Stabile SaO2 –Werte?

Sauerstoffgabe?

Beatmung?

Atemtherapie?

Trachealkanüle?

Venflon?

ZVK?

Art. Katheter?

Andere Zugänge? Falls ja,

wo?

**Kommunikation ja nein**

Spricht der Patient?

Falls ja, verständlich?

Reagiert der Patient in

Alltagssituationen auf

Fragen od. Aufforde-

rungen adäquat?

Muttersprache:

Deutschkenntnisse

**Behinderungen** **ja nein**

Sehbehindert

Hörbehindert

Kontrakturen

Dekubitus? Falls ja,

wo?

**Ausscheidung** **ja nein**

Urin lösen selbständig

Zystofix

Katheter

Stuhlen selbständig

Anus praeter

**Essen** **ja nein**

Selbständig essen?

Einnahme welcher Art

von Nahrung möglich?

normal, fest, breiig, flüssig:

Vermehrtes Husten

- beim Essen?

- beim Trinken?

Zeitbedarf für Mittagessen:

PEG-Sonde?

Magensonde?

Diätberatung?

**Mobilität** **ja nein**

Selbständig im Gehen

Selbständig mit Hilfs-

mitteln?

Falls ja, mit welchen?

Selbständig

- im Transfer?

- in der Lagerung?

Bettlägerig?

Gehen mit 1 HP  2 HP

Transfer mit 1 HP  2 HP

Lagerung mit 1 HP  2 HP

**Selbstän. Körperpflege ja nein**

Ganzkörper waschen

Oberkörper waschen

Intim waschen

Beine waschen

Ganzkörper anziehen

Oberkörper anziehen

Unterkörper anziehen

**Orientierung** **ja nein**

persönlich

zeitlich

örtlich

situativ

**Verhalten / Psyche** **ja nein**

motiviert

kooperativ

depressiv

aggressiv

unruhig

distanzlos

Weglauftendenz?

Suchtmittel? Falls ja, was:

**Rehapotential ja nein**

Hat der Patient bei Ihnen

Fortschritte gemacht?

**Beilagen** **ja nein**

FIM-Formular

Pflegebericht

Therapiebericht(e)

Arztbericht

Andere:

**Isolation** **ja nein**

Falls ja:

Welcher Keim:

Lokalisation:

Wohnsituation vor der Erkrankung / dem Unfall:

Soziale Beziehung (verheiratet, ledig, Freunde etc.):

Berufliches Umfeld:

Ziele des Patienten / der Angehörigen:

Ort/Datum:       Name betreuende Pflegeperson und Tel. Nr.: