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

Tel. 061 325 00 92 Email: 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.: