Geriatrie Zentrum Langenhagen

52057958 01.06.2010
Lachmund
Hermann 1BASIS
01.03.1918 M GGERFK
AOK die GK f GGEA602

Dokumentation des Behandlungsverlaufs

Datum der Besprechung mit gesamtem geriatrischen Team	Inhalte
	Hirninfarkt Mediastromgebiet re Hemiparese li Dysphagie Dysarthrie
	chron. VHF COPD vase. Enzephalopathie pAVK Oberschenkeltyp bds Z.n. Aspirationspneumonie Pneumonie re Therapieziel:
3.6.	In der Therapie ist Lageabhängig Vigilanzminderung Schwerhörig Ziel: evtl. Pflege zuhause! mit der Tochter die Mögl. klären. Therapieziel:
10.6.	Angehörigen Schulung für Pflegemaßnahmen. Potenzial - in Pflegerollstuhl versucht sich zu verständigen Ziel - ins Pflegerollstuhl. Therapieziel:

17.06.10 Patient zur PEG-Anlage

24.06.10. Im Pflegerollstuhl 2,5 Stunden,
An der Bettkante kann stabil sitzen ungern Mühe
Starker Neglect u. Mühe
Beim Anzug Hilfe
Ziel: stabiler Sitz, sitzender T
HM-Versorg.

1.7. Vigilanz schwankend, ∅
Aufmerksamkeit nimmt zu
Neglect wird weniger
Pflegerollstuhl ohne Brett bestellt.

8.7. Unverändert, nur Neglect bessert sich
wg Durchfälle kann nicht mobilisiert
werden, aber unter GI-Kontr. ist
besser.
Spastik kann therapeutisch gelöst werden
Sitz an der Bettkante mit Unterstützung
Ziel- weitere Kräftigung.

15.7. ∅ Veränderung ∅ ORSA
HA benachrichtigen, dass die T.
nicht
Ziel- Mobilisation an der Bettkante,
Pflegerollstuhl, Pneumonieprofilaxe

Geriatrie Zentrum Langenhagen

Dokumentation der OPS 8.550.X

Patient: Hr. Lachmund ..... Therapieeinheiten a ≥ 30 Min.

Aufnahmedatum: 1.06

HZ Arzt	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Physiotherapie *HZ Therapeut*					X	X						X	X						X	X						X	X				
	Ergotherapie *HZ Therapeut*					X	X						X	X						X	X						X	X				
	Logopädie *HZ Therapeut*					X	X						X	X						X	X						X	X				
	Physikalische Therapie *HZ Therapeut*					X	X						X	X						X	X						X	X				
	Motomed, Legpress, Easy-walk u.a. *HZ Therapeut*																															

Wochenende bitte mit Kreuz markieren

Geriatrie Zentrum Langenhagen

Dokumentation der OPS 8.550.X

Patient: Fr. Lachmund

Therapieeinheiten à ≥ 30 Min.

Aufnahmedatum: 02.07.2010

HZ Arzt	Tag	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
	Physiotherapie *HZ Therapeut*																															
	Ergotherapie *HZ Therapeut*																															
	Logopädie *HZ Therapeut*																															
	Physikalische Therapie *HZ Therapeut*																															
	Motomed, Legpress, Easy-walk u.a. *HZ Therapeut*																															

Wochenende bitte mit Kreuz markieren

Dokumentationsbogen für die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit multiresistenten Erregern (OPS 8-987.-)
,(Klinikum Region Hannover (Stand 09/07)

Weitere Maßnahmen die täglich durchgeführt werden / wurden (siehe Hygieneplan MRE):

Patienten- und Angehörigengespräch zum Umgang mit MRE einschl. Visiten

Datum	12.07	13.7.		15			
Handz.							

Täglicher Wechsel der Bettwäsche

Datum	12.07	13.7.		15			
Handz.							

Täglicher Wechsel der Patientenkleidung

Datum	12.07	13.7.		15			
Handz.							

Täglicher Wechsel der Utensilien zur Körperpflege

Datum	12.07	13.7.		15			
Handz.							

Mehrmalige tägliche Desinfektion der patientennahen Flächen (mindestens 2 x / Tag)

Datum	12.07	13.7.					
Handz.							

Tägliche Desinfektion des Fußbodens

Datum	9.7.10	10.7.	11.7.	12.7.	13.7.	14.7.	15.7.
Handz.							

Sonstige Maßnahmen:	Datum	Handz.

Zusätzliche Desinfektionen waren erforderlich ja ☐ nein ☐

Datum		Handz.	

Schlussdesinfektion des Zimmer durchgeführt ja ☐ nein ☐

Datum		Handz.	

Diagnostische oder therapeutische Maßnahmen wurden im Zimmer durchgeführt ja ☐ nein ☐

Datum		Handz.	

9.07.10 12.07.10 13.7. 14.7.

Diagnostische oder therapeutische Maßnahmen wurden im Funktionsbereich durchgeführt ja ☐ nein ☐

Datum		Handz	

(anschließende Schlussdesinfektion ist durchgeführt worden)

Dokumentationsbogen für die Komplexbehandlung bei Besiedlung oder Infektion mit m

,(Klinikum Region Hannover (Stand 09/07)

52087443 30.06.2010 GGEAFK)
Lachmund GGEA602
Hermann 01.03.1918 M
Liebigstr. 32 1BASIS
30163 Hannover
AOK die GK f. Nieders.

Weitere Maßnahmen die täglich durchgeführt werden / wurden (siehe Hygieneplan MRE):

Patienten- und Angehörigengespräch zum Umgang mit MRE einschl. Visiten

Datum	02.07.10	3.7	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.
Handz.							

Täglicher Wechsel der Bettwäsche

Datum	02.07.10	3.7	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.
Handz.							

Täglicher Wechsel der Patientenkleidung

Datum	02.07.10	3.7	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.
Handz.							

Täglicher Wechsel der Utensilien zur Körperpflege

Datum	02.07.10	3.7	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.
Handz.							

Mehrmalige tägliche Desinfektion der patientennahen Flächen (mindestens 2 x / Tag)

Datum	02.07.10	3.7.	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.
Handz.							

Tägliche Desinfektion des Fußbodens

Datum	02.07.10	3.7.	4.7.	5.7.	6.7.	7.7.	8.7.
Handz.							

Sonstige Maßnahmen:	Datum	Handz
Gründliche Reinigung der Arbeitsflächen vor Behandlung	02.07.	

Zusätzliche Desinfektionen waren erforderlich ja [X] nein [ ]

Datum		Handz.	

Schlussdesinfektion des Zimmer durchgeführt ja [ ] nein [ ]

Datum		Handz.	

Diagnostische oder therapeutische Maßnahmen wurden im Zimmer durchgeführt ja [X] nein [ ]

2.07.	3.07.	4.07.	5.7	6.7	7.7.	8.7.
E/Ha	Ha	Ha	E/Ha	E/Ha	E/Ha	E

Datum	7.7.	Handz.	

Diagnostische oder therapeutische Maßnahmen wurden im Funktionsbereich durchgeführt ja [ ] nein [X]

Datum	8.7.	Handz	

(anschließende Schlussdesinfektion ist durchgeführt worden)

Klinikum Region Hannover 09/07

KRH
GERIATRIE LANGENHAGEN

Zi. Nr.: 201

Logopädischer Status für die Chefvisite am: 01.07.10
Patient: Lachmund, Hermann, geb.: 01.03.1918 Station: GGEA602
Fallnr.: 0052057958

Logopädische Diagnose /Symptomatik		Bemerkungen / Tendenzen
Vd.a. schwere Dysphagie (seit 09.06.10 mit PEG versorgt), massive Vigilanzminderung, Neglect HP li. Dysarthrie Beim Erstkontakt am 02.06.10 reagiert der Pat. auf Ansprache weder nonverbal noch verbal. Es liegt eine ausgeprägte Verschleimung vor, die auf Aspiration hindeutet. Da derzeit keine Dysphagiediagnostik durchführbar ist, wird weiterhin enterale oder parenterale Ernährung empfohlen. P: HG bds. , Brille Aufgrund der gegenwärtigen Symptomatik Empfehlung einer PEG – Anlage zur Sicherung der Nährstoffversorgung o. zunächst über ZVK!!!	Weitere Beobachtung! Bei Besserung der Vigilanz weitere Diagnostikdurchführung! Momentan orale Nahrungskarenz! Therapeutische Mundpflege Stimulierung des Schluckreflexes mit taktilen, thermischen, gustatorischen Reizen Multimodale ganzheitliche Aktivierung	04.06.10 P. massiv vigilanzgemindert –nicht erweckbar! Versuche: 10:00 Uhr, 14:00 Uhr 07.06.10 P. toleriert die Nasogastralsonde nicht! weiterhin massive Vigilanzminderung!!! – instabil P. punktuell ansprechbar, Blickkontakt vorhanden, P. unternimmt Sprechversuche! Verschleimung auf pharyngealer Ebene (im Rahmen der COPD?) – Stimmklang brodelig! kein spontaner Schluckreflex zu beobachten orale Schleimhäute: trocken, Beläge Weitere Beobachtung, bei Stabilisierung der Vigilanz weitere Diagnostikdurchführung!

30.06.2010

		Weiterhin bestehende massive Verschleimung, Abschlucken nicht mögl. Hustenreiz **Schluckreflextriggerung aufgehoben!** Momentan erfolgen keine Reaktionen auf taktilen und thermische Reizeinwirkung intra- und extraoral 16.06.10 **P. sitzt im Pflegerollstuhl, nicht erweckbar!** 22.06.10 **P. im Bett 12:00 u. 14:00 Uhr nicht erweckbar!** 23.06.10 P. reagiert auf Ansprache, Gesprächspartner, Versuch der Ausführung adäquater Handlungen (P. greift Hand, unternimmt Versuch Brille aufzusetzen) Vigilanz phasenweise stabilisiert! Spontane sprachl. Äußerungen leicht verständlicher Spontaner Schluckreflex (Speichelschluck) festzustellen! Verschleimung unverändert.

		30.06.10 Vigilanz instabil, Kontaktaufbau erschwert! – P. punktuell nicht erweckbar! P. unternimmt weniger Sprechversuche Verschleimung unverändert! Aufgrund des reduzierten Hustenreflexes- (verminderte Kraft) ist das Abhusten des zähen Schleims erschwert, P. deutlich angestrengt. Momentan logopäd. therapeutische Intervention erschwert!

D. Höfler-Godek
Logopädin

37149

2.6.10 MMST O

201

im Akutkh. bis 13⁰⁰ Uhr ~~vorher~~ geschlafen, danach wacher

Sehr schwerhörig

hat Hörgeräte

ANFORDERUNG AN:

Erbr. OE:	**GERGO**
G-Ergotherapie	
Status:	Bestätigt
Transport:	am Bett
Priorität:	**Normalfall**
Erst. am:	02.06.2010

Name: Lachmund, Hermann
geb. am: 01.03.1918, M
Fallnr.: 52057958
Aufn.Dat.: 01.06.2010
, *1BASIS*
Anf.OE pf.: GGEA602
Anf.OE fa.: GGEAFK
Rückruf: HAGENHOF /
Verantw. : WOLKENS001

zu Hause zuvor selbstständig

Kurzanamnese:

im Sitzen wird wacher

Z.n. Embolischer Hirninfarkt re hemiparese li
Dyspagie, Dysarthrie

Fragestellung: akut Lungenentz.

Mobilisation, Transfer, klärung der Hilfsmittel

Leistungen:

LGEM		**Motorisch-funktionelle Behandlung**
BA	09:30	02.06.2010
LGEP		**Neuropsychologische Behandlung**
BA	09:30	02.06.2010
LGES		**Sensomotorisch/Perzeptive Behandlung**
BA	09:30	02.06.2010

Für I-PatientenInnen gewünscht

2.6. wenig bis keine Reaktion auf Ansprache

TO Seiltz Lachmund T: 01511470396 9

Unterschrift

Klinikum Region Hannover
Geriatrie Zentrum Langenhagen

Patient: Lachmund, Hermann 01.03.1918 Fallnr.:0052057958
Aufnahmedatum: 01.06.2010

Therapiekonferenzprotokoll (Datum siehe unten)

Ärztlicher Bericht:

Mitarb.: Stand vom:

Ergotherapie:

Datum	MMST (nur bei FR):	Kürzel
02.06.10	MMST 0 (Pat. zeigt keine Reaktionen)	Fro.

Datum	Bericht/Verlauf/Veränderung	Namens-kürzel
9.6.	Gestern mit KG zusammen Lagewechsel mit viel Hilfe und passivemTransfer mit Rutschbrett in den Pflegerollstuhl. Pat hat Neglect nach li, keine abrufbaren Fkt in der oberen und unteren Extremität, nach Vorbereitung kurzfristig freier Sitz. Pat trägt spezielle Hörgerät, die ihm eingesetzt und eingestellt werden müssen(Beschreibung der Tochter im Zimmer), da er sonst komplett taub ist. Sprechversuche von seiner Seite erfolgen, bisher nicht zu verstehen. Sitzdauer gestern ca 2 Std, heute zum Konsil weg. 14.6. Pat war zur Untersuchung 15.6. Pat war nicht erweckbar, Behandlung im Bett Lagerung und Tonusregulation 16.6. Transfer mit KG zusammen in den Pflegerollstuhl, Pat geht es schlechter, hat instabileren Sitz und ist schmerzempfindlicher. Haut blaß und kühl. Mund voller Schleim.	La
18.6.	Pat heute mit KG in Pflegerollstuhl transferiert mit Rutschbrett. Pat hat zunehmende Schmerzen bei Tonuserhöhung in der unteren Extremität und einem ausgeprägten Neglect, Augen max bis zur Mittellinie mitnehmen möglich, und dies nur für Sekunden. War heute wach und lebhaft, versuchte sich zu artikulieren, leider unverständlich.	La
21.6.	Transfer mit KG/ ET in Pflegerollstuhl, Pat hat zunehmende Beuge-Tonuserhöhung in beiden Beinen und reagiert oft mit schmerzhaften Äußerungen bei kleinsten Bewegungen, Tonusregulation nur mit viel Zeit(20 Min) möglich. 22.6. Sitz an der Betkante mit viel Vorbereitung und anschließender Lagerung, Arbeit an Tonusregulation bein, Lagerung Arm; beides auch als Einweisung für die Tochter , die das selbständig erlernen möchte. Sitz mit zunächst starker Fallneigung seitlich li und vorn, zunehmend stabiler, kurzfristig frei möglich gewesen. Neglect in der Therapie kurze Verbesserung deutlich, Blickkontakt über die Mittellinie und ergreifen der li Hand mit re Hand nach Anleitung. 23.6. Keine Therapie möglich wegen starker Durchfälle. 28.6. Pflegerollstuhl mit Tisch, Banana glidebord bestellt über caremarkt mit Rücksprache der Tochter.Sie hatte 3 Tage nicht geantwortet auf die telefonische Nachfrage, welches Sanitätshaus wir beauftragen sollen. Auf weiteres nachfragen teilte sie mit, ich solle eins auswählen.	La

	8.7. Mit KG Mobilisierung an die Bettkante mit viel Vorbereitung und Hilfe, häufige Durchfälle limitieren Transfer in den Pflegerollstuhl, Tonus und Fkt unverändert, Neglect immer weitere leichte Besserungstendenz, betroffene Hand und Arm werden bei entsprechender Lagerung und Führung mittlerweile kurzfristig wahrgenommen und berührt. 13.7. Info von Sanitätshaus caremarkt, Tochter hat Auftrag storniert, wird eigenes Sanitätshaus beauftragen.(s.28.6. Rollstuhlbestellung)	

Physiotherapiebericht:

Lagewechsel: **mit viel Hilfe von 2 Personen**

Transfer: **z.Z. nicht mgl.**

Sitz: **kein freier Sitz**

Stand: **nicht mgl.**

Fortbewegung selbstständig: **nicht mgl.**

Obere Ext.: keine Funkt. abrufbar

Untere Ext.: keine Willkürfunkt. , aber Tonus bei Funktionstestung prox. spürbar

Rumpf: **minimale Ansätze**

Sensibilität: nicht testbar z.Z.

MFP:

Ext	Flex	Abd
Ext	Flex	Abd

Beweglichkeit:

Ext/Flex	Abd
Ext/Flex	Abd

Schmerzen: **bei spontanen Beweg. des li. Beines**

Neuropsychologische Störungen: **ausgeprägter Neglect mindestens visuell**

Belastbarkeit: **sehr stark reduziert**

Therapieangebote: Balancemaster☐ Bewegungsschiene☐ Gruppe☐ Easywalk-Lauftraining ☐ Ergometer☐ Laufband☐ MOTOmed☐ Schlingentisch☐ Zugapparat☐ „Galileo“ Vibrationstrainingsgerät☐

Hilfsmittel:

Orthesen:

Ziele: **bei positiver Veränderung der Vigilanz rundum Funktionsanbahnung u. Transfer in Pflege-RS**

Mitarb.: Grzanna Stand vom: 02.06.10

Verlauf/ Veränderungen

Datum	Verlauf/ Veränderung	Namens-kürzel
	Ergänzung: Pat. liegend im Bett vorgefunden. Keine Reakt. abrufbar. Daraufhin mit 2 Therap. passiv in den Sitz an die Bettkante mob. Sofort Veränderung der Vigilanz! Pat. war plötzlich wach, hat sich im Raum umgeschaut u. versucht, sich im Sitzen mit re. zu halten. Visueller Neglect deutl., jedoch nach Vorbereitung u.Hilfestellung beginnende Exploration in den li. Halbraum. Sitzdauer gute 10 min. Re. Schulter gut 1 Querfinger Sublux.	
04.06.10	Heute Gespräch mit der Tochter. Möchte Vater wenn mgl. zu Hause versorgen. Berichtete von massiver Schwerhörigkeit des Vaters u. dass er mit ihr schon gesprochen habe (einzelne, aber verständliche Wörter im richtigen Kontext.).	Grz
08.06.10	Pat. konnte heute an der Bettkante stat. selbst. mit Halt re. sitzen. Erstmals Transfer in den Pflege-RS mit ET gemeinsam. Transfer mit Rutschbrett. Neglect sehr ausgeprägt. Sitzdauer 2,5 Std.	Grz
22.06.10	Weiterhin Therapie mit ET gemeinsam. Transfer s.o. Sitzdauer s.o. Leichte Fortschritte bzgl. Wahrnehmung in den betroffenen Halbraum. Neglect spontan noch sehr ausgeprägt, aber nach Vorbereitung durchaus schon Blickrichtung bis zur Mitte u. auch nach li. Tonus: UE stark erhöht in Flex-Synergie; sehr schmerzhaft bei spontanen Bewegungsversuchen, daraufhin noch mehr Tonuserhöhung. Nach viel Vorbereitung im Sinne von Detonisierung Ext bis 0-Stellung mgl.	Grz
30.06.10	Im wesentl. s.o. In den letzten Tagen Belastbarkeit reduziert aufgrund Pneumonie. Keine **aktiven** atemtherap. Maßnahmen mgl.	Grz
07.07.10	Weiter gemeinsamer Termin mit ET. Pass-ass Durchbewegen. OE und UE li schmerzhaft. Passiver LW zum Sitz an die Bettkante, Sitz an der Bettkante mit Hilfe für ca 10 Min. Fallneigung nach links. AT.	Eg

Sozialdienstbericht:

08.06.10 Tochter bei mir zum Gespräch: Pat. lebte bereits seit ca, 3 Jahren bei der Tochter in der Wohnung und hatte dort das Wohnzimmer für sich, 2x die Woche war er selbständig mit Öffis in die eigene Wohnung gefahren um nach dem Rechten zu schauen. Tochter möchte ihren Vater möglichst bei sich zu Hause pflegen, sie plant aber auch beruflich tätig zu werden, was sie dann erstmal zurückstellen wollte. Tochter gibt an, dass sie Erfahrung in der Pflege habe durch die Versorgung der Mutter, die sie auch bei sich hatte, bevor sie starb. Tochter über Möglichkeit der KZPfl informiert und mit ihr über Einschalten der Ü-pflege gesprochen. Mein Eindruck im Gespräch war, dass Tochter sich noch nicht hundertprozentig festlegen wollte und auf Besserung hofft. Fragte nach Verlängerung, sie an Arzt verwiesen. Ü-pflege eingeschaltet. Tj.

09.06.10 Eilantrag PV

01.07.10 Anruf bei Ü-pflege- Frau Braun- mitgeteilt, dass Pat. schwerst Pflegebedürftig ist und Bettlägrig und für Zu hause noch diverse Pflegehilfsmittel besorgt werden müssen- u, a, Sauerstoffgerät. Frau Jarosch möge sich bitte direkt mit unseren Pflegekräften in Verbindung setzen um die notwendigen Artikel zu erfragen, To. gestern bei mir mit einer Liste cvon Hilfsmitteln- si gebeten sich desbzgl. an Frau Jarosch zu wenden. Tj.

02.07.19 Ü-pflege ist über Antidekubitusmatratzenbedarf informiert und hat vom Arzt Rezept gefaxt erhalten. Original is Fach gegeben. Tj.

08.07.10 Anruf bei Ü-pflege – E mitgeteilt- mitte nä. Woche- sie kümmert sich bzgl. der zahlreichen Pflegfehilfsmittel. Tj.

09.07.10 Erneuter Anruf bei Ü-pflege wegen HM – Frau Jarosch wird zurück rufen.Tj.

Frau Lachmund kommt – teilt mit, dass bei der Krankenkasse keine Kostenvoranschläge eingegangen sind – Anruf Ü-pflege- Frau Braun gibt mir Tel.-Nr Sanitätshaus Bertram- Anruf bei Bertram – dort sind keine Rezepte eingegangen- Pat. ist auch nicht in der Datei geführt.
Anruf bei Ü-pflege Frau Braun – sie will später mal gucken- drauf bestanden, das sie bitte sofort in die Akte schaut, ob dort die Rezepte drin liegen- Frau Braun teilt mir nach einer Wartezeit am Telefon mit, dass sie die Akte nicht findet. Frau Jarosch sei in einer Besprechung- Tochter soll sich Montag noch mal melden.
To. will alle Rezepte noch mal ausgestellt haben und kümmert sich selber jetzt darum, will Sanitätshaus in Laatzen bei sich in der Nähe nehmen. Tj.
15.07. Anruf bei der Überleitngspflege der PD Döhren will den Einsatz übernehmen, wird mir noch die Telefonnummer nennen.
15.07. telf. Gespräch mit Frau Lachmann (heute in Hamburg), weiß über die Entlassung am Freitag bescheid, sie wird ihren Vater bei sich in der Hildesheimer Str. 139, 30880 Laatzen pflegen, die Hilfsmittel sind alle vorhanden bis auf das Absaugerät um dieses bemüht sie sich gerade. sie möchte den PD der auch ihre Mutter mit versorgt hat den Namen hat sie jetzt gerade nicht parat evtl. will sie ihren Vater auch ersteinmal allein betreuen und erst nächste Woche den PD einschalten, sie habe ihre Mutter versorgt und kenne sich aus auch mit einem Absaugerät, vereinbart, das ich morgen früh noch einmal anrufe um zu erfragen ob alles geklappt hat
Anruf der Überleitungspflege falscher PD soll Hand und Herz sein, Tel. 2357195
Gespräch mit dem PD Hand und Herz sie würden den Einsatz übernehmen haben aber noch keinen Kontakt zur Tochter gehabt,/ja
16.07. Tochter auf AB gesprochen mit der bitte um Rückruf um mir den PD zu nennen der im Einsatz sein soll/ja

Psychologischer Bericht:

Datum	Bericht/Verlauf/Veränderung	Namens-kürzel

Bericht d. Physikalische Therapie:
Inhalation mit Sole 2xtäglich, Vibrationsmassage für den Rücken, Lymphdrainage li. Arm

Mitarb.: Ba/ND Stand vom: 4.06.10

Logopädiebericht: siehe logopädischer Status vom **08.07.10**
Mitarb.: B. Jemitola Stand vom: 08.07.10