

<b>Zentrum</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>Vorzeitiger Bogenabschluss</b> <input type="checkbox"/> Stroke älter 7 Tage <input type="checkbox"/> Entl. bzw. Verl. vor 1. Bildgebung <input type="checkbox"/> nur Frühreha, keine Akutbeh. <input type="checkbox"/> palliative Zielsetzung vor Aufnahme <input type="checkbox"/> Aufnahme zur sekundärpräventiven CEA oder CAS	<b>Aufnahmedatum (dd.mm.jjjj)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px; text-align: center;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px; text-align: center;">2</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; text-align: center;"></div> </div>	<b>Aufnahmezeit (hh:mm)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>
<b>lfd. Patientennr.</b> <div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div>	<b>ICD-10 Hauptdiagnose</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<b>Geburtsjahr</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<b>Geschlecht</b> <input type="checkbox"/> Mann <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/> Frau <input type="checkbox"/> unbestimmt

**Entlassungsgrund nach § 301 SGB V (nur einen Grund ankreuzen)**

<input type="checkbox"/> Behandlung regulär beendet	<input type="checkbox"/> Reha	<input type="checkbox"/> nicht spezifizierter Entlassungsgrund
<input type="checkbox"/> regulär beendet + nachstationär vorgesehen	<input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung	
<input type="checkbox"/> beendet aus sonstigen Gründen	<input type="checkbox"/> Hospiz	
<input type="checkbox"/> gegen ärztl. Rat beendet	<input type="checkbox"/> Verlegung Psychiatrie	
<input type="checkbox"/> Wechsel Kostenträger	<input type="checkbox"/> beendet aus sonst. Gründen, + nachstationär vorgesehen	
<input type="checkbox"/> Verlegung anderes Krankenhaus (KH)	<input type="checkbox"/> gegen ärztl. Rat beendet + nachstationär vorgesehen	
<input type="checkbox"/> Tod	<input type="checkbox"/> int. Verlegung + Wechsel Entgeltbereich	
<input type="checkbox"/> Verlegung anderes KH i.R.e. Zusammenarbeit	<input type="checkbox"/> Fallabschluss (int. Verleg.) bei Wechsel zw. voll- und teilstat.	

**Entlassungsdatum (dd.mm.jjjj)**  

.

.

2

0

2

<b>Zeit Ereignis-Aufnahme</b> <input type="checkbox"/> <=1h <input type="checkbox"/> >1-2h <input type="checkbox"/> >2-3h <input type="checkbox"/> >3-4h <input type="checkbox"/> >4-5h <input type="checkbox"/> >5-6h <input type="checkbox"/> >6-9h <input type="checkbox"/> >9-24h <input type="checkbox"/> >24-48h <input type="checkbox"/> >48h	<b>Übernahme aus ext. KH /anderer Abt.</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Externer Klinik <input type="checkbox"/> interne Hausverlegung	<b>Aufnahme auf</b> <input type="checkbox"/> Allgemeinstation <input type="checkbox"/> Intensivstation <input type="checkbox"/> Stroke-Unit (SU) <input type="checkbox"/> Sonstiges	<table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:50%;"> <b>Bewusstsein</b>  <input type="checkbox"/> wach  <input type="checkbox"/> somnolent-soporös  <input type="checkbox"/> komatös               </td> <td style="width:50%;"> <b>Symptome bei Aufnahme</b>  <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">nein</td> <td style="width:33%;">ja</td> <td style="width:33%;">nicht bestimmbar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Motor. Ausfälle (Arm/Hand u/o Bein/Fuss)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sprachstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sprechstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Schluckstörung</td> </tr> </table> </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b>  <input type="checkbox"/> unabhängig zuhause  <input type="checkbox"/> Pflege zuhause  <input type="checkbox"/> Pflege in Institution               </td> <td> <b>Rankin Skala</b>  <b>&lt;= 24h n. Aufnahme</b>  <input type="checkbox"/> keine Symptome  <input type="checkbox"/> keine wesentl. FE  <input type="checkbox"/> geringe FE  <input type="checkbox"/> mäßige FE  <input type="checkbox"/> mittelschwere FE  <input type="checkbox"/> schwere FE               </td> </tr> </table>	<b>Bewusstsein</b> <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent-soporös <input type="checkbox"/> komatös	<b>Symptome bei Aufnahme</b> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">nein</td> <td style="width:33%;">ja</td> <td style="width:33%;">nicht bestimmbar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Motor. Ausfälle (Arm/Hand u/o Bein/Fuss)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sprachstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sprechstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Schluckstörung</td> </tr> </table>	nein	ja	nicht bestimmbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motor. Ausfälle (Arm/Hand u/o Bein/Fuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprechstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b> <input type="checkbox"/> unabhängig zuhause <input type="checkbox"/> Pflege zuhause <input type="checkbox"/> Pflege in Institution		<b>Rankin Skala</b> <b>&lt;= 24h n. Aufnahme</b> <input type="checkbox"/> keine Symptome <input type="checkbox"/> keine wesentl. FE <input type="checkbox"/> geringe FE <input type="checkbox"/> mäßige FE <input type="checkbox"/> mittelschwere FE <input type="checkbox"/> schwere FE	<b>InfarktätioLOGIE</b> <input type="checkbox"/> kein Hirninfarkt <input type="checkbox"/> atherothrombotisch <input type="checkbox"/> kardiogen-embolisch <input type="checkbox"/> mikroangiopathisch <input type="checkbox"/> andere gesich. Ursache <input type="checkbox"/> unklare Ätiologie <input type="checkbox"/> konkurrierende Ursache
<b>Bewusstsein</b> <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent-soporös <input type="checkbox"/> komatös	<b>Symptome bei Aufnahme</b> <table style="width:100%;"> <tr> <td style="width:33%;">nein</td> <td style="width:33%;">ja</td> <td style="width:33%;">nicht bestimmbar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Motor. Ausfälle (Arm/Hand u/o Bein/Fuss)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sprachstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Sprechstörung</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Schluckstörung</td> </tr> </table>	nein	ja	nicht bestimmbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motor. Ausfälle (Arm/Hand u/o Bein/Fuss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprechstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schluckstörung								
nein	ja	nicht bestimmbar																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Motor. Ausfälle (Arm/Hand u/o Bein/Fuss)																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprachstörung																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Sprechstörung																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schluckstörung																						
<b>Versorgungssituation vor Akutereignis</b> <input type="checkbox"/> unabhängig zuhause <input type="checkbox"/> Pflege zuhause <input type="checkbox"/> Pflege in Institution		<b>Rankin Skala</b> <b>&lt;= 24h n. Aufnahme</b> <input type="checkbox"/> keine Symptome <input type="checkbox"/> keine wesentl. FE <input type="checkbox"/> geringe FE <input type="checkbox"/> mäßige FE <input type="checkbox"/> mittelschwere FE <input type="checkbox"/> schwere FE																						

<input type="checkbox"/> Inhouse-Stroke →	<b>Datum Inhouse-Stroke (dd.mm.jjjj)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<b>Uhrzeit Inhouse-Stroke (hh:mm)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	
---	---	--	--

<b>Bildgebung (CCT/MRT)</b> <input type="checkbox"/> keine Bildgebung <input type="checkbox"/> 1. Bildg. vor Aufnahme <input type="checkbox"/> 1. Bildg. im eigenen Haus <input type="checkbox"/> Bildg. extern und im eigenen Haus	<b>Datum Bildgebung (dd.mm.jjjj)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<b>Uhrzeit Bildgebung (hh:mm)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<b>NIH Stroke Scale bei Aufnahme</b> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin: 0 auto;"></div>
<input type="checkbox"/> CT und/oder <input type="checkbox"/> MRT im eigenen Haus			

<b>Angiographie (CT/MR)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor Aufnahme <input type="checkbox"/> direkt im Anschl. an native Bildgebung <input type="checkbox"/> nicht direkt im Anschl. an nativ. Bildg., aber spät. am Folgetag <input type="checkbox"/> nicht direkt im Anschl. an nativ. Bildg. u. später als Folgetag	<b>Doppler/Duplex</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor Aufnahme <input type="checkbox"/> im eigenen Haus nach Aufnahme spätestens am Folgetag <input type="checkbox"/> im eigenen Haus später als am Folgetag d. Aufnahme	<b>Gefäßverschluss</b> <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> nein <div style="text-align: center;">↓</div> <input type="checkbox"/> Carotis-T <input type="checkbox"/> M1 <input type="checkbox"/> M2 <input type="checkbox"/> BA <input type="checkbox"/> Sonstige
---	---	---

<b>Systemische Thrombolyse</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor Aufnahme <input type="checkbox"/> im eigenen Haus	<b>Datum Lyse (dd.mm.jjjj)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">.</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	<b>Uhrzeit Lyse (hh:mm)</b> <div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="margin: 0 5px;">:</div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px; margin-right: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 20px; height: 20px;"></div> </div>	→
--	---	--	---

<b>Intraarterielle Therapie (IAT)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> vor Aufnahme <input type="checkbox"/> im eigenen Haus <input type="checkbox"/> Verlegung zur geplanten IAT	<b>Datum Punktion der Leiste</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	<b>Uhrzeit Punktion der Leiste</b> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> : <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>	<b>Erfolgreiche Rekanalisation (TICI=IIb,III)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Ja												
<b>Datum und Uhrzeit der Verlegung zur gepl. IAT</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div>		<b>Art der Intraarteriellen Therapie (IAT)</b> <input type="checkbox"/> Thrombektomie <input type="checkbox"/> i.a. Thrombolyse <input type="checkbox"/> beides													
<b>Verlegung nach Primärdiagnostik/-therapie (innerhalb 12h)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, ohne Rückübernahme <input type="checkbox"/> ja, mit Rückübernahme		<b>Barthel-Index</b> <b>Blasenkontrolle</b> <b>&lt;= 24h n. Aufnahme</b> <b>Bei Entlassung</b> <input type="checkbox"/> kontinent <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> gelegentl. Verlust <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> <b>Lagewechsel Bett-Stuhl</b> <input type="checkbox"/> vollständ. selbstständ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geringe Unterstützg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> große Unterstützg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vollständ. abhängig <input type="checkbox"/> <b>Fortbewegung</b> <input type="checkbox"/> vollständ. selbstständ. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> geringe Unterstützg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> große Unterstützg. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> vollständ. abhängig <input type="checkbox"/>													
<b>Rankin Skala Bei Entlassung</b> <input type="checkbox"/> keine Symptome <input type="checkbox"/> keine wesentl. FE <input type="checkbox"/> geringe FE <input type="checkbox"/> mäßige FE <input type="checkbox"/> mittelschwere FE <input type="checkbox"/> schwere FE <input type="checkbox"/> Tod	<b>weitere Diagnostik nach Ereignis</b> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">nein</td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 80%;">Langzeit-EKG (mind. 24h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">nein</td> <td style="width: 10%;">ja</td> <td style="width: 80%;">nicht bestimmbar</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/> Schlucktest nach Protokoll</td> </tr> </table>			nein	ja	Langzeit-EKG (mind. 24h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		nein	ja	nicht bestimmbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schlucktest nach Protokoll
nein	ja	Langzeit-EKG (mind. 24h mit spezifischer Vorhofflimmer-Detektion)													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
nein	ja	nicht bestimmbar													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Schlucktest nach Protokoll													
<b>Symptomatische ipsilat. Stenose der ACI</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> <50% <input type="checkbox"/> 50%-70% <input type="checkbox"/> 70%-99% <input type="checkbox"/> 100% (Verschluss) <input type="checkbox"/> nicht untersucht		<b>Operative Revask. d. ACI veranlasst/empfohlen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja (Revaskularisierung während Aufenthaltes, verlegt [extern] zur Revaskularisierung bzw. im Arztbrief empfohlen)													
<b>Komplikationen</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <input type="checkbox"/> Pneumonie <input type="checkbox"/> Erhöhter Hirndruck <input type="checkbox"/> Intrazerebrale Blutung <input type="checkbox"/> Andere Komplikationen		<b>Therapie/Frühe Sekundärprävention</b> <b>nein ja</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Beatmung Antikoagulation (Marcumar/Heparin o.ä.) einschließlich Empfehlung im Entlassungsbrief <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> OAK (Vitamin K-Antagonisten oder DOAK) <b>Sekundärprophylaxe</b> <b>nein ja</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Statine (einschl. Empfehlung im Entl.brief)													
<b>Beginn der Rehabilitation</b> <table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 10%;">nein</td> <td style="width: 10%;">&lt;=Tag 2 n. Aufn.</td> <td style="width: 10%;">&gt;Tag 2 n. Aufnahme</td> <td style="width: 70%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Physiotherapie/ Ergotherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Logopädie</td> </tr> </table>		nein	<=Tag 2 n. Aufn.	>Tag 2 n. Aufnahme		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie/ Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie	<b>Geplante Reha nach Entlassung aus Akutbehandlung</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <b>ambulante oder stat. Rehabilitation veranlasst</b> <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <input type="checkbox"/> Neurologische Rehabilitation Phase B <input type="checkbox"/> Geriatrische Rehabilitation <input type="checkbox"/> Neurologische Rehabilitation Phase C <input type="checkbox"/> Sonstige Rehabilitation <input type="checkbox"/> Neurologische Reha Phase D - stationär <input type="checkbox"/> Neurologische Reha Phase D - amb./teilstat.	
nein	<=Tag 2 n. Aufn.	>Tag 2 n. Aufnahme													
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Physiotherapie/ Ergotherapie												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Logopädie												
<b>Geriatrische Frühreha/Komplexbehandlung</b> <input type="checkbox"/> ja		<b>Palliative Zielsetzung dokumentiert</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <b>Datum des Eintrags in die Patientenakte</b> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Aufenthalt/Behandlung auf Stroke Unit (SU)</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja <div style="text-align: center; margin: 5px 0;">↓</div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 60px; height: 30px; margin-bottom: 5px;"></div> <b>Liegezeit auf SU in Tagen (&lt;1 = 0)</b>													