



Anmeldung neurologische Frührehabilitation Phase B

Patient (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Kostenträger:

Versicherungsnummer:

Bitte faxen an: 05572 411709
Klinik- und Rehazentrum Lippoldsberg GmbH
 Birkenallee 1 • 34399 Wesertal
 Tel.: 05572 411215
 Mail: neurologie@klinik-lippoldsberg.de

Hauptdiagnose:

Hirnfarkt:

Hirnblutung:

Schädel-Hirn-Trauma:

Andere:

Relevante Nebendiagnosen:

Vordiagnosen:

Zuweisendes Krankenhaus:

Station:

Tel.:

Sozialdienst:

Name:

Tel.:

Verlegung ab:

(Bitte Röntgen, CT, Mediplan, etc. mitgeben)

Hausarzt:

Pflegegrad:

Isolierungspflichtig:

Keime:

Gewicht: kg

Größe: m

Zustand des Patienten:

Beatmeter Patient:

Kardiovaskulär instabiler Patient:

Magensonde:

Blasenkatheter:

Vaskuläre Zugänge:

Dekubitus:

Dialysepflichtig:

Trachealkanüle:

Port:

Drainagen:

Fixierung:

Hinlauf tendenz:

Medikamente:

Antikörper-Therapie:

Hämophilie-Therapie:

Antiretrovirale Therapie:

Autoimmune Therapie:

Andere kostenintensive Medikamente:

Antimykotika Therapie:

Angehörige:

Name:

Tel.:

Betreuung:

Muttersprache:

Vollmacht:

Deutschkenntnisse:

Patientenverfügung:

Aufnahmebefund und Epikrise:**Anlagen:** Vorläufiger Arztbrief CD Medikamentenplan Kostenzusage Vollmacht/Betreuung

Patientenname:

A) FR-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)	Ja	<input type="radio"/>	- 50
	Nein	<input type="radio"/>	0
absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	<input type="radio"/>	- 50
	Nein	<input type="radio"/>	0
intermitt. Beatmung	Ja	<input type="radio"/>	- 50
	Nein	<input type="radio"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja	<input type="radio"/>	- 50
	Nein	<input type="radio"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	Ja	<input type="radio"/>	- 50
	Nein	<input type="radio"/>	0
schwere Verständigungsstörungen	Ja	<input type="radio"/>	- 25
	Nein	<input type="radio"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja	<input type="radio"/>	- 50
	Nein	<input type="radio"/>	0

B) Barthel-Index

Essen	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="radio"/>	10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="radio"/>	0
Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe	<input type="radio"/>	15
	Mit Unterstützung	<input type="radio"/>	5
	Nicht möglich	<input type="radio"/>	0
Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="radio"/>	0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="radio"/>	10
	Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung.	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="radio"/>	0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="radio"/>	0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="radio"/>	15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen.	<input type="radio"/>	10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, min. 50 m.	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="radio"/>	0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="radio"/>	10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="radio"/>	0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	<input type="radio"/>	10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="radio"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="radio"/>	0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="radio"/>	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="radio"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="radio"/>	0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="radio"/>	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="radio"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="radio"/>	0

Patientenaufkleber oder

Name:

Vorname:

Geburtsdatum:

Summe Barthelindex (B):

Summe FR-Index (A):

Frühreha-Barthel-Index (A+B):