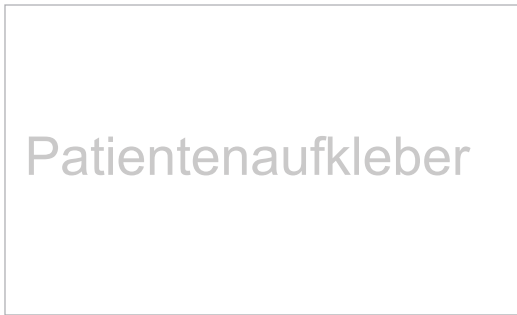


Klinik für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation

Süntelstraße 11 a
 22457 Hamburg

Sekretariat: Karolin Tietze
 Tel 040 5588-2215
 Fax 040 5588-2386
 neurologie@albertinen.de



Angehörige / Gesetzlicher Betreuer (Name, Vorname, Telefonnummer)

Diagnosen / Verlauf:

Zusätzliche Angaben:

Trachealkanüle Monitor-Überwachung Dialyse Fixierung Adipositas p.m.

Katheter / Sonden ZVK PEG Nasogastrale Sonde Blasenkatheter Suprapubischer Blasenkatheter

Hygiene Keine Isolation MRSA VRE 3/4MRGN
 Clostr. difficile Abstriche vom (Datum):

Krankenversicherung Private-KV Gesetzliche-KV (Aufnahme von GKV-Pat. ohne Kostenübernahmeantrag möglich!)

Bemerkungen / Verlegungsfähig ab:

Einweisende **Klinik / Fachabteilung:**

Telefon-Nr.:

Fax-Nr.:

Datum

Name des Arztes in Druckbuchstaben

Unterschrift des Arztes

Bitte Anmeldeformular mit aktuellem Frühreha-Barthel-Index (siehe S. 2) faxen an 040 55 88-2386.

Pat. Name, Vorname _____

Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle

(Teil A) FR-Index:

– intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen, Katecholamine)	Ja	<input type="checkbox"/> – 50
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
– absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	<input type="checkbox"/> – 50
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
– intermittierende Beatmung (z.B. NIV, CPAP)	Ja	<input type="checkbox"/> – 50
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
– beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja	<input type="checkbox"/> – 50
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
– beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen-/Fremdgefährdung)	Ja	<input type="checkbox"/> – 50
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
– schwere Verständigungsstörungen (schwere Aphasie)	Ja	<input type="checkbox"/> – 25
	Nein	<input type="checkbox"/> 0
– beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja	<input type="checkbox"/> – 50
	Nein	<input type="checkbox"/> 0

Summe A: _____

(Teil B) Barthel-Index:

Aufstehen & Gehen	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfe erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbst bedienen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbstständig ohne fremde Hilfe (aus dem Liegen in den Stuhl)	<input type="checkbox"/> 15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laien)	<input type="checkbox"/> 10
	Erhebliche Hilfe (Fachpersonal)	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mind. ein Stockwerk)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe beim Treppensteigen (mind. ein Stockwerk, Laienhilfe)	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	Selbstständig beim Waschen von Gesicht / Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten, braucht Unterstützung	<input type="checkbox"/> 0
Baden	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe , kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig	<input type="checkbox"/> 0
Urinkontrolle	Ständig kontinent , ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. 1x/Tag inkontinent o. Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. 1x/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt Hilfe (z.B. bei der Kleidung/Reinigung)	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
Essen	komplett selbstständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
	Hilfe bei Vorbereitung , aber selbständiges Einnehmen o. PEG-Beschickung	<input type="checkbox"/> 5
	kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung (z.B. parenteral)	<input type="checkbox"/> 0

Summe B: _____

Frühreha-Barthel-Index Gesamtpunktzahl (Summe Teil A+B):

Datum

Name des Untersuchers (in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Untersuchers