

SERVICEZENTRUM

Anmeldebogen zur neurologischen Rehabilitation

Tel: 05621/794-860/-861, Fax: 05621/4633

Anmeldende Klinik:

Pat. Daten: (Aufkleber bitte benutzen)

Behand. Arzt

Name, Vorname

Geb.Dat.:

Wohnort:

Station:

Kostenträger:

Tel:

KV-Nr.:

Fax:

Zusatzversicherung bei:

Wahlleistung: EZ , DZ , CA

Diagnose/n:

Wunschlinik:

Akutdatum:

stationär seit:

Verlegung möglich ab:

Aktuelle Anamnese:

Bisheriger Verlauf:

Angabe von Reha-Potential und Reha-Ziel:

Prognose und Einschätzung des zeitlichen Reha-Bedarfs:

Frührehabilitations-Barthel-Index:

(bitte *alle* Felder ausfüllen)

	nein	ja
intensivmedizinisch Überwachungspflichtiger Zustand	0	-50
absaugpflichtiges Tracheostoma	0	-50
Beatmung (auch intermittierende Beatmung!)	0	-50
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-50
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	-50
schwere Verständigungsstörung	0	-25
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50

	nicht möglich	mit Unterstützung	selbstständig
1 Essen und Trinken („mit Unterstützung“, wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)	0	5	10
2 Baden/Duschen	0	0	5
3 Persönliche Pflege (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	0	0	5
4 An-/ Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)	0	5	10
5 Stuhlkontrolle	0	5	10
6 Harnkontrolle	0	5	10
7 Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	0	5	10
8 Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)	0	10	15
9 Treppen auf-/absteigen	0	5	10
10 Gehen auf ebenem Untergrund	0*)	10	15
*) Rollstuhlbenutzung (nur ausfüllen, wenn Gehen auf ebenem Untergrund nicht möglich)	0	0	5
FR-Barthel-Index-Gesamtzahl:			

Funktioneller neurologischer Befund (bei Paresen Angabe der Ausprägung):

nicht mäßig schwer

- Neglect**
- Antriebsmangel**
- Gedächtnisstörung**
- Aphasie**
- Depression**

Versorgt mit:

Tracheostoma
Blasenkateter:

nasopharyngealer MS
transurethral

PEG
suprapubisch

falls Beatmung, Modus:

falls Dialyse, Frequenz:

patientenindividuelle med. Geräte (z.B.
Heimbeatmungsgeräte) ja nein

Typenbezeichnung:

Hersteller:

MRSA: nicht untersucht negativ saniert Besiedlung Infektion

andere hochresistente Keime:

Befund vom: __ . __ . ____

Ort, Datum

Unterschrift des Arztes/der Ärztin