



## Anmeldung zur neurologisch-neurochirurgischen (Früh-)Rehabilitation

→ Bitte zurück per Fax an: 02504 – 67 4860

Name des Patienten:	Geburtsdatum:	Konfession:
Wohnadresse:	Ist der Patient berufstätig? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Krankenversicherung, ggf. Zusatzversicherung:	Hausarzt mit Adresse, ggf. neurologischer Facharzt:	

Name des Angehörigen / Bevollmächtigten / gesetzl. Betreuers:	Telefonnummer:
---	----------------

Rehabilitationsbegründende neurologische Diagnose:	wann:
Relevante Nebendiagnosen:	

Klinik und Station:	Telefonnummer:
Behandelnder (Klinik-)Arzt:	Telefonnummer:
Verlegungsfähig ab:	

<b>Besonderheiten</b>	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Monitorüberwachung	<input type="checkbox"/> Fixierung	<input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht / Betreuung
	<input type="checkbox"/> Gewicht > 150 kg	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> Wunden	<input type="checkbox"/> spez. Medikamente
<b>Ernährung</b>	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	
<b>Isolation</b>	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 3 MRGN	<input type="checkbox"/> 4 MRGN	<input type="checkbox"/> VRE
	<input type="checkbox"/> Clostridium diff.	<input type="checkbox"/> sonstiges	Lokalisation:	
<b>Infekt</b>	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Harnwegs-infekt	<input type="checkbox"/> sonstige	<input type="checkbox"/> Antibiose Präparat / Dauer:

<b>Barthel-Index</b>		
<b>Essen</b> (mit Unterstützung bei Sonde oder Essen vorbereiten)	selbstständig	10
	mit Unterstützung	5
	nicht möglich	0
<b>Toilettenbenutzung oder Toilettenstuhl</b>	selbstständig	10
	mit Unterstützung	5
	nicht möglich	0
<b>Stuhlkontinenz</b>	selbstständig	10
	mit Unterstützung	5
	nicht möglich	0
<b>Harninkontinenz</b>	selbstständig	5
	mit Unterstützung	0
	nicht möglich	0
<b>Waschen</b> (Gesicht/Hände, rasieren, kämmen, Zähne putzen)	selbstständig	5
	mit Unterstützung	0
	nicht möglich	0
<b>Baden und Duschen</b>	selbstständig	10
	mit Unterstützung	5
	nicht möglich	0
<b>An-/Auskleiden</b>	selbstständig	10
	mit Unterstützung	5
	nicht möglich	0
<b>Auf-/Umsetzen</b> (selbstst. = aus liegender Position auf den Stuhl)	selbstständig	15
	Aufsicht/Laienhilfe	10
	professionelle Hilfe	5
	nicht möglich	0
<b>Aufstehen/Gehen</b> (selbstst. = mind. 50 m einschl. Aufstehen aus dem Sitz, Hilfsmittel erlaubt)	selbstständig	15
	Anleitung/Aufsicht	10
	Hilfe/Rollstuhl selbst	5
	nicht möglich	0
<b>Treppen steigen</b> (mindestens 1 Stockwerk)	selbstständig	10
	mit Unterstützung	5
	nicht möglich	0
<b>Summe</b>		

<b>Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schöngle</b>		
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. vegetative Krisen)	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 50
Intermittierende Beatmung (auch CPAP und NIV)	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (Eigen- oder Fremdgefährdung) durch aggressive Ausbrüche, Hinlauftendenz o.ä. oder schwere Störungen des Sozialverhaltens	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 50
Schwere Verständigungsstörung (Aphasie)	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (1:1 Essenbegleitung Pflegepersonal)	Nein	<input type="checkbox"/> 0
	Ja	<input type="checkbox"/> - 50
<b>Summe</b>		

Bitte füllen Sie für Trachealkanülenpatienten unseren Trachealkanülenbogen aus. Rufen Sie uns hierzu an, wir faxen Ihnen den Bogen gerne zu. Sie helfen uns sehr, wenn Sie der Anmeldung einen Medikationsplan und – wenn vorhanden – den Brief der erstbehandelnden Neurologie/Neurochirurgie beifügen. Danke schön!

**Telefonische Rückfragen zur neurologischen / neurochirurgischen Frührehabilitation:  
02504 - 674200**

\_\_\_\_\_

Stempel des Krankenhauses

\_\_\_\_\_

Datum

\_\_\_\_\_

Tel. Nr. für Rückruf

\_\_\_\_\_

Unterschrift Arzt/Ärztin