



## Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation Phase B

## Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation Phase C

Bei Vorliegen der Phase C bitte vorherige Kostenzusage durch Kostenträger einholen.

### Antragsteller

Anmelder	Telefon
Krankenhaus	Station

### Patientendaten

Name	Vorname	Geb.-Datum
Anschrift		Telefon
Angehörige		Telefon
Krankenkasse	Vers.-Nr.	Hausarzt
Aufnahme Krankenhaus	Verlegung möglich ab	
Neurologische Hauptdiagnose ..... ..... .....		
Nebendiagnosen ..... ..... .....		
Symptome/klinischer Befund/Verlauf/besondere Medikation (Arztbrief) ..... ..... .....		

**Status**

<input type="checkbox"/> keine aktuelle Infektion <input type="checkbox"/> Bewusstseinslage wach <input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Pneumonie/Tracheobronchitis <input type="checkbox"/> Bewusstseinslage somnolent <input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/> Koma <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde	<input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> Delir <input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Beatmung ○ BIPAP ○ CPAP <input type="checkbox"/> stabile Spontanatmung > 48 h <input type="checkbox"/> O2-Bedarf <input type="checkbox"/> Monitorüberwachung <input type="checkbox"/> Dialyse Wochentage: ..... .....	<input type="checkbox"/> Körpergewicht > 120 kg <input type="checkbox"/> Antibiose parenteral <input type="checkbox"/> Fixierung <input type="checkbox"/> Dekubitus Grad: ..... <input type="checkbox"/> Vacuum-Verband <input type="checkbox"/> Fixateur externe	<b>Hygiene/Isolierpflichtigkeit</b> <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> 3 MRGN <input type="checkbox"/> Clostr. difficile-Infektion	

**Versorgung vor Aufnahme**

Pflegegrad  nein  ja Grad: .....

Selbstständig  nein  ja

**Betreuung beantragt**

ggf. Betreuer: .....

Telefon: .....

Bitte senden Sie uns den angehängten Frühreha-Barthel-Index ausgefüllt mit diesem Formular zurück.

**Verlegung bitte mit Arztbrief und Befunden in Kopie, sowie Bildgebung auf CD.**

## Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB)

Name: .....

Station: .....

Geb.-Datum: .....

### Versorgung mit

- ZVG
- PEG
- nasogastrale Sonde
- Trachealkanüle
- Blasenkatheter urethral
- Blasenkatheter suprapubisch

### Benötigte Hilfsmittel

- Gehstütze
- Rollator
- Rollstuhl
- Prothese
- Fixateur
- Verbände

richtige Punktzahl einkreisen:

		Aufn.	Dat.	Dat.	Dat.	Dat.
<b>Essen</b>	Unabhängig – benützt Geschirr und Besteck, PEG selbst bedient	10	10	10	10	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden oder bei PEG	5	5	5	5	5
	Total hilfsbedürftig	0	0	0	0	0
<b>Rollstuhl-transfer</b>	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen	15	15	15	15	15
	Minimale Assistenz oder Supervision	10	10	10	10	10
	Kann aufsitzen, braucht jedoch erhebliche Hilfe für Transfer	5	5	5	5	5
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0	0	0	0	0
<b>Persönliche Pflege</b>	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5	5	5	5	5
	Braucht Hilfe	0	0	0	0	0
<b>Toilette</b>	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel	10	10	10	10	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung,	5	5	5	5	5
	Kann nicht auf die Toilette	0	0	0	0	0
<b>Baden/Duschen</b>	Badet /duscht ohne Hilfe	5	5	5	5	5
	Badet /duscht mit Hilfe	0	0	0	0	0
<b>Bewegung/Gehen/Rollstuhlfahren</b>	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15	15	15	15	15
	Geht > 50 m mit geringer Hilfe	10	10	10	10	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl > 50	5	5	5	5	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0	0	0	0	0
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10	10	10	10	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5	5	5	5	5
	Kann nicht Treppen steigen	0	0	0	0	0
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig, incl. Schuhe anziehen	10	10	10	10	10
	Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an	5	5	5	5	5
	Total hilfsbedürftig	0	0	0	0	0
<b>Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	10	10	10	10	10
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent 1x/Wo.	5	5	5	5	5
	Dauernd inkontinent	0	0	0	0	0
<b>Urinkontrolle</b>	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10	10	10	10	10
	Teilweise inkontinent 1x/d - braucht Hilfe beim Katheter	5	5	5	5	5
	Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	0	0	0	0	0

<b>Summe Barthel-Index</b> (bitte auf die nächste Seite übertragen)					
---	--	--	--	--	--

<b>Übertrag Summe Barthel-Index</b>					
<b>FrühReha-Index</b>					
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	-50	-50	-50	-50	-50
absaugpflichtiges Tracheostoma	-50	-50	-50	-50	-50
intermittierende Beatmung.	-50	-50	-50	-50	-50
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	-50	-50	-50	-50	-50
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	-50	-50	-50	-50	-50
schwere Verständigungsstörung	-25	-25	-25	-25	-25
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	-50	-50	-50	-50	-50
<b>Summe Früh-Reha- und Barthel-Index</b>					