

Neurokliniken Waldeck

Dr.-Friedrich-Dittmann-Weg 1
18258 Schwaan

Fax 03844/880-508

Anmeldende Einrichtung:

Klinik, Station, Telefonnummer

Anmeldung zur Frührehabilitation Phase B

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

O mit Beatmung

Tel.: 03844/880-104

O ohne Beatmung

Tel: 03844/880-103

Versichertenstatus / Kasse (Pflichtfeld)

O gesetzlich: _____

O privat: _____

O anders: _____

O ungeklärt

Betreuer (Name und Telefon): _____

Verlegungstermin (Wunsch): _____

Diagnosen:

Rehabilitationsrelevante

Hauptdiagnose: _____

Weitere Diagnosen:

Vorbestehender Pflegegrad:

O nein O ja, Pflegegrad: _____

Dialysepflichtig:

O nein

O ja

falls ja, bitte Dialyseprotokoll als
gesondertes Fax an Dialysepraxis
Güstrow: 03843/3459819

**MRSA/andere MRE oder
isolationstpfl. Erreger:**

O nein

O ja (Erreger, Lokalisation):

Aktuelle Medikation: _____

Beatmung: Beginn Beatmung (Datum): _____

Aktuelle Beatmungsparameter:

Beatmungsmodus: _____

Beatmungspausen: _____

FiO₂: _____ O₂ Flow in Beatmungspause: _____ l/min

p_{insp}: _____ PEEP: _____

Vorbestehend Respiratorabhängig ja nein
falls ja, zuvor versorgt mit: _____

Besonderheiten:

Vigilanz (wach, schläfrig, komatös, HOPS):

Zu- und Ableitungen:

PEG nasogastrale Sonde PEJ

Tracheostoma seit: _____ dilatativ plastisch

ZVK Dialysekatheter Drainagen (bei Verlegung):

Sonstiges (z.B. LifeVest, Medikamentenpumpen, VAC-Verband etc.):

Datum: _____

Unterschrift/Stempel Arzt: _____

Frühreha-Barthel-Index (FRB)

kleiner Patientenaufkleber

**A) FR-INDEX**

	nein	ja	Datum	Datum	Datum
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen ...)	0	-50			
absaugpflichtiges Tracheostoma; O ₂ -Gabe	0	-50			
intermittierende Beatmung	0	-50			
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-50			
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- u./o. Fremdgefährd.)	0	-50			
schwere Verständigungsstörung	0	-25			
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50			

B) BARTHEL - INDEX

1. Essen und Trinken ("mit Unterstützung", wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)	nicht möglich	0			
	sitzfähig	5			
	mit Unterstützung	10			
	selbständig	15			
3. persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	nicht möglich	0			
	selbständig	5			
4. Benutzung der Toilette (An-/ Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
5. Baden/Duschen	nicht möglich	0			
	selbständig	5			
6. Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	10			
	selbständig	15			
6a) Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit "nicht möglich" bewertet wurde)	nicht möglich	0			
	selbständig	5			
7. Treppen auf/absteigen	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe zubinden, Knöpfe)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
9. Stuhlkontrolle	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
10. Harnkontrolle	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
BARTHEL-PUNKTZAHL (B):					
FR-INDEX (A):					
FR-BARTHEL-INDEX-GESAMTZAHL (A + B):					

Untersuchender: