



Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation Phase B

Bitte Anmeldeformular mit Frühreha-Barthel-Index per Fax an:

Fax: 07125-159- 371

Tel. Belegungsmanagement: 07125-159-159

Chefarzt Dr. Andres
Klinik für Neurologie und Frührehabilitation
Neurologische Frührehabilitation Phase B /Ermstalklinik Bad Urach
Stuttgarterstr. 100, 72574 Bad Urach

Anmeldende Klinik & Station:

Ärztlicher Ansprechpartner (Name, Tel.):

Ansprechpartner Sozialdienst (Name, Tel.):

Patientendaten:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Anschrift:

Pflegegrad vorbestehend:

1 2 3 4 5 keiner

Angehörige:

Vollmacht / Betreuung:

Kostenträger:

Versicherungsnr.:

Hauptdiagnose:

Nebendiagnosen:

spezielle Medikamente/ auch Sonderanforderungen:



Wenn **Infektionsstatus** positiv, bitte ausfüllen:



4MRGN **3MRGN** **MRSA**

oral anal Urin Wunde

Noro **Clostridien**

VRE **HIV** **Hepatitis**

Funktionsstörungen und Hilfsmittel:

Psychosyndrom: desorientiert agitiert/unruhig fremd-/eigengefährdet suizidgefährdet

Vigilanz: wach somnolent/soporös komatös

Hemiparese Hemiplegie

Tetraparese Tetraplegie

Aphasie / Kommunikationsstörung

Schluckstörung Ernährung parenteral oral

Dekubitus, chronische Wunden

vorbestehende Demenz

Adipositas >130kgKG

Frakturen / Fixateur externe

Lokalisation: _____ übungstabil ja nein

Wichtige medizinische Prozeduren:

Beatmung BiPAP CPAP/ASV feuchte Nase.....h/d

Trachealkanüle dilatativ plastisch

Sauerstoff-Bedarf

zentraler Venenkatheter

nasogastrale Sonde PEG PEJ

Stoma:.....

transurethraler Blasendauerkatheter

suprapubischer Blasendauerkatheter

Dialyse notwendig

Bemerkungen/ Ergänzungen:

Bitte Frühreha-Barthel-Index vollständig ausfüllen! (Anlage)

Datum:

Stempel, Unterschrift:



Frühreha-Index FRI

1	Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
2	Absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
3	Intermittierende Beatmung <input type="checkbox"/> nicht invasiv <input type="checkbox"/> invasiv	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
4	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung: <input type="checkbox"/> Weglaufgefährdung <input type="checkbox"/> geschlossene Unterbringung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
5	Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung: <input type="checkbox"/> Fixierungsbedarf	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
6	Schwere Verständigungsstörung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -25 <input type="checkbox"/> 0
7	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (unter Supervision)	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -25 <input type="checkbox"/> 0
Σ Pkt. 1 - 7			

Barthel-Index BI

8	Essen & Trinken	nicht möglich / Ø PEG mit Unterstützung / PEG komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
9	Aufsetzen & Umsetzen	nicht möglich erhebliche Hilfe geringe Hilfe (geschulte Laienhilfe) komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
10	sich Waschen	nicht möglich komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5
11	Toilettenbenutzung	nicht möglich mit Unterstützung (Toilettenstuhlbenutzung) komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
12	Baden & Duschen	nicht möglich komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5
13	Aufstehen & Gehen	nicht möglich mit Rollstuhl selbständig mit Hilfsmittel 50m komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 15
14	Treppen auf- und absteigen	nicht möglich mit Unterstützung komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
15	An- & Auskleiden	nicht möglich mit Unterstützung komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
16	Stuhlkontinenz	> 1x/Woche inkontinent mit Unterstützung / AP Anlage komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
17	Harnkontinenz	> 1x/Tag inkontinent mit Unterstützung / DK komplett selbständig	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10
Σ Pkt. 8 – 17:			
Summe FRI + BI:			