AUFNAHMESTEUERUNG

Anmeldebogen zur neurologischen Rehabilitation

05621 794-861 05621 794-24800

NEUROLOGISCHE KLINIK WESTEND

Anmeldende Klinik:	
Behandelnder Arzt:	
Station:	
Tel:	
Fax:	

Pat. Daten: (Aufkleber bitte benutzen)

Name, Vorname:	
Geb.-Datum:	
Wohnort:	

Diagnose/n:

Kostenträger:	
KV-Nr.:	
Zusatzversicherung bei:	
Wahlleistung:	☐ EZ ☐ DZ ☐ CA

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	selbständig
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	☐ nasopharyngealer MS	☐ PEG
Blasenkatheter:	☐ transurethral	☐ 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	