



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:	<input type="checkbox"/> EZ <input type="checkbox"/> DZ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Beatmung (auch intermittierende Beatmung!)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Bauführungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Bauführungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -25
Bauführungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50

	nicht möglich	mit Unterstützung	selbständig
1 Essen und Trinken („mit Unterstützung“, wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
2 Baden/Duschen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
3 Persönliche Pflege (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
4 An-/ Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
5 Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
6 Harnkontrolle	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
7 Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
8 Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15
9 Treppen auf-/absteigen	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 10
10 Gehen auf ebenem Untergrund	<input type="checkbox"/> 0*)	<input type="checkbox"/> 10	<input type="checkbox"/> 15
*) Rollstuhlbenutzung (nur ausfüllen, wenn Gehen auf ebenem Untergrund nicht möglich)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 5
FR-Barthel-Index-Gesamtzahl:			

Funktioneller neurologischer Befund (bei Paresen Angabe der Ausprägung):

	nicht	mäßig	schwer
Neglect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gedächtnisstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Depression	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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