

**Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation Phase B**

**Bitte Anmeldeformular mit Frühreha-Barthel-Index per Fax**

an: Sekretariat Chefarzt Dr. Andres  
Klinik für Neurologie und Frührehabilitation  
Neurologische Frührehabilitation Phase B  
Steinenbergstraße 31  
72764 Reutlingen

**Fax: 07121/200-4503  
Tel. Belegungsmanagement: 07121/200-4634**

<b>Anmeldende Klinik &amp; Station:</b>	
Ärztlicher Ansprechpartner (Name, Tel.):	
Ansprechpartner Sozialdienst (Name, Tel.):	
<b>Patientendaten:</b>	
Name, Vorname:	
Geburtsdatum:	
Anschrift:	
Pflegegrad vorbestehend: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keiner	
Angehörige:	
Vollmacht / Betreuung:	
Kostenträger:	Versicherungsnr.:
<b>Hauptdiagnose:</b>	
<b>Nebendiagnosen:</b>	
<b>spezielle Medikamente/ auch Sonderanforderungen:</b>	
<input type="checkbox"/> Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Zytostatika
<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/> .....

<p>Wenn Infektionsstatus <input type="checkbox"/> positiv, bitte ausfüllen:                  ↓  <b>4MRGN</b> <input type="checkbox"/> <b>3MRGN</b> <input type="checkbox"/> <b>MRSA</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <b>Noro</b> <input type="checkbox"/> <b>Clostridien</b> <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> .....</p> <p><input type="checkbox"/> <b>VRE</b> <input type="checkbox"/> <b>HIV</b> <input type="checkbox"/> <b>Hepatitis</b></p>
<p><b>Funktionsstörungen und Hilfsmittel:</b></p> <p>Psychosyndrom: <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> agitiert/unruhig <input type="checkbox"/> fremd-/eigengefährdet <input type="checkbox"/> suizidgefährdet                  Vigilanz: <input type="checkbox"/> wach <input type="checkbox"/> somnolent/soporös <input type="checkbox"/> komatös  <input type="checkbox"/> Hemiparese <input type="checkbox"/> Hemiplegie  <input type="checkbox"/> Tetraparese <input type="checkbox"/> Tetraplegie  <input type="checkbox"/> Aphasie / Kommunikationsstörung  <input type="checkbox"/> Schluckstörung <input type="checkbox"/> Ernährung parenteral <input type="checkbox"/> oral  <input type="checkbox"/> Dekubitus, chronische Wunden  <input type="checkbox"/> vorbestehende Demenz  <input type="checkbox"/> Adipositas &gt;130kgKG  <input type="checkbox"/> Frakturen / Fixateur externe  <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ übungsstabil ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p><b>Wichtige medizinische Prozeduren:</b></p> <p><input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> BiPAP <input type="checkbox"/> CPAP/ASV <input type="checkbox"/> feuchte Nase.....h/d  <input type="checkbox"/> Trachealkanüle <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> plastisch  <input type="checkbox"/> Sauerstoff-Bedarf  <input type="checkbox"/> zentraler Venenkatheter  <input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> PEJ  <input type="checkbox"/> Stoma:.....  <input type="checkbox"/> transurethraler Blasendauerkatheter  <input type="checkbox"/> suprapubischer Blasendauerkatheter  <input type="checkbox"/> <b>Dialyse notwendig</b></p>
<p><b>Bemerkungen/ Ergänzungen:</b></p>
<p><b>Bitte Frühreha-Barthel-Index vollständig ausfüllen! (Anlage)</b></p>
<p><b>Datum:</b></p> <p><b>Stempel, Unterschrift:</b></p>

**Frühreha-Index FRI**

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

**Barthel-Index BI**

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