

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

Anmeldende Klinik & Station:	
Ärztlicher Ansprechpartner (Name, Tel.):	
Ansprechpartner Sozialdienst (Name, Tel.):	
Patientendaten:	
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.:
Hauptdiagnose:	
Nebendiagnosen:	
spezielle Medikamente/ auch Sonderanforderungen:	
<input type="checkbox"/> Psychopharmaka	<input type="checkbox"/> Zytostatika
<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/>

<p>Wenn Infektionsstatus <input type="checkbox"/> positiv, bitte ausfüllen: ↓ 4MRGN <input type="checkbox"/> 3MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Noro <input type="checkbox"/> Clostridien <input type="checkbox"/>..... <input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/>..... <input type="checkbox"/> VRE <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> Hepatitis</p>
<p>Funktionsstörungen und Hilfsmittel:</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 >130kgKG <input type="checkbox"/> Frakturen / Fixateur externe <input type="checkbox"/> Lokalisation: _____ übungsstabil ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/></p>
<p>Wichtige medizinische Prozeduren:</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"/> Dialyse notwendig</p>
<p>Bemerkungen/ Ergänzungen:</p>
<p>Bitte Frühreha-Barthel-Index vollständig ausfüllen! (Anlage)</p>
<p>Datum:</p>
<p>Stempel, Unterschrift:</p>

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"/> -50 <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:			