Patientenanmeldung

Neurologische Frührehabilitation

**Albertinen-Krankenhaus**

**Klinik** **für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation**

Patientenaufkleber

Station A3

Süntelstraße 11 a

22457 Hamburg

**Tel.-Nr.: 040 5588-6900**

**Fax.-Nr.: 040 5588-2919**

nfr@albertinen.de

Angehörige / Gesetzlicher Betreuer (Name, Vorname, Telefonnummer)

**Diagnosen / Verlauf:**

**Zusätzliche Angaben:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ]  Trachealkanüle[ ]  Beatmung | [ ]  Monitor- Überwachung | [ ]  Dialyse | [ ]  Fixierung | [ ]  Adipositas p.m. |
|  |
| **Katheter / Sonden** | [ ]  ZVK | [ ]  PEG | [ ]  Nasogastrale Sonde | [ ]  Blasenkatheter  | [ ]  Suprapubischer Blasenkatheter |
|  |
| **Hygiene** | [ ]  Keine Isolation | [ ]  MRSA | [ ]  VRE | [ ]  3/4MRGN |
|  |  |  |  |  |
|  | [ ]  Clostr. difficile | Abstriche vom (Datum): |  |
|  |
| **Krankenversicherung** | [ ]  Gesetzliche-KV (Aufnahme von GKV-Pat. ohne  Kostenübernahmeantrag möglich!) | [ ]  Private-KV  |
|  |

**Bemerkungen / Verlegungsfähig ab:**

|  |  |
| --- | --- |
| Einweisende **Klinik / Fachabteilung:** |  |
| **Telefon-Nr.:** | Fax-Nr.: |
|  |  |
| Datum Name des Arztes in Druckbuchstaben |  Unterschrift des Arztes |

 **Bitte Anmeldeformular mit aktuellem Frühreha-Barthel-Index (siehe S. 2) faxen an 040 55 88-2919.**

**Pat. Name, Vorname**

|  |
| --- |
| **Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle** |
| **(Teil A) FR-Index:** |
| * **intensivmedizinisch** überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen, Katecholamine)
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 50 [ ]  0 |
| * absaugpflichtiges **Tracheostoma**
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 50 [ ]  0 |
| * intermittierende **Beatmung** (z.B. NIV, CPAP)
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 50 [ ]  0 |
| * beaufsichtigungspflichtige **Orientierungsstörung** (Verwirrtheit)
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 50 [ ]  0 |
| * beaufsichtigungspflichtige **Verhaltensstörung** (mit Eigen-/Fremdgefährdung)
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 50 [ ]  0 |
| * schwere **Verständigungsstörungen** (schwere Aphasie)
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 25 [ ]  0 |
| * beaufsichtigungspflichtige **Schluckstörung**
 | **Ja****Nein** | [ ]  – 50 [ ]  0 |
| **Summe A:** |
| **(Teil B) Barthel-Index:**  |
| **Aufstehen & Gehen** | **Unabhängig** beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen | [ ]  15 |
| Geringe **Hilfe** erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen | [ ]  10 |
| **Nicht selbstständig** beim Gehen, kann aber **Rollstuhl selbst bedienen** | [ ]  5 |
| **Nicht selbstständig** beim Gehen oder Rollstuhlfahren | [ ]  0 |
| **Bett-(Rollstuhl-) Transfer** | **Selbstständig** ohne fremde Hilfe (aus dem Liegen in den Stuhl) | [ ]  15 |
| **Aufsicht oder geringe Hilfe** (ungeschulte Laien) | [ ]  10 |
| **Erhebliche Hilfe** (Fachpersonal) | [ ]  5 |
| **Nicht selbstständig** | [ ]  0 |
| **Treppensteigen** | **Unabhängig** bei der Bewältigung einer Treppe (mind. ein Stockwerk) | [ ]  10 |
| Benötigt **Hilfe** beim Treppensteigen (mind. ein Stockwerk, Laienhilfe) | [ ]  5 |
| **Nicht selbstständig** | [ ]  0 |
| **Waschen** | **Selbstständig** beim Waschen von Gesicht / Händen, Kämmen, Zähneputzen | [ ]  5 |
| Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten, braucht **Unterstützung** | [ ]  0 |
| **Baden** | **Unabhängig** in allen Phasen der Tätigkeiten  | [ ]  5 |
| **Nicht selbstständig** bei o.g. Tätigkeiten | [ ]  0 |
| **An- und Auskleiden** | **Unabhängig** beim An- und Auskleiden | [ ]  10 |
| Benötigt **Hilfe**, kann aber 50% der Tätigkeit selbst | [ ]  5 |
| **Nicht selbstständig** | [ ]  0 |
| **Urinkontrolle** | Ständig **kontinent**, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix  | [ ]  10 |
| Ständig kontinent, **max. 1x/Tag inkontinent o. Dauerkatheter** | [ ]  5 |
| **Häufiger/ständig inkontinent** | [ ]  0 |
| **Stuhlkontrolle** | **Ständig kontinent** | [ ]  10 |
| Ständig kontinent, **max. 1x/Woche inkontinent**  | [ ]  5 |
| **Häufiger/ständig inkontinent** | [ ]  0 |
| **Toilettenbenutzung** | **Unabhängig** in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung) | [ ]  10 |
| Benötigt **Hilfe** (z.B. bei der Kleidung/Reinigung)  | [ ]  5 |
| **Nicht selbstständig**, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird | [ ]  0 |
| **Essen** | **komplett selbständig** oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung | [ ]  10 |
| **Hilfe bei Vorbereitung**, aber selbständiges Einnehmen o. **PEG-Beschickung** | [ ]  5 |
| kein selbständiges Einnehmen und **keine MS/PEG-Ernährung (z.B. parenteral)** | [ ]  0 |

**Summe B:**

 **Frühreha-Barthel-Index Gesamtpunktzahl (Summe Teil A+B):**

Datum Name des Untersuchers (in Druckbuchstaben) Unterschrift des Untersuchers