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