

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
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -50
Schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> -25
Beaufsichtigungspflichtige 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:			

Sofern aktuell beatmet, bitte ausfüllen:

Beatmungsform über	<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Tubus	
Beatmungsmodus	<input type="checkbox"/> CPAP ASB	<input type="checkbox"/> BIPAP / Duolevel	<input type="checkbox"/> SIMV
Aktuelle Beatmungszeit in Stunden:			
Sofern bereits begonnen, Weaning ab (bitte Datum angeben):			

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:	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> nasopharyngealer MS	<input type="checkbox"/> PEG
Blasenkatheter:	<input type="checkbox"/> transurethral	<input type="checkbox"/> suprapubisch	

Falls Dialyse, Frequenz:

Patientenindividuelle med. Geräte (z.B. Heimbeatmungsgeräte)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Typenbezeichnung:		
Hersteller:		

MRSA:	<input type="checkbox"/> nicht untersucht	<input type="checkbox"/> negativ	<input type="checkbox"/> saniert
	<input type="checkbox"/> Besiedlung	<input type="checkbox"/> Infektion	

Andere hochresistente Keime:

Befund vom:	Ort, Datum	Unterschrift des Arztes / der Ärztin
-------------	------------	--------------------------------------

!!! Bitte außerdem aktuellen Medikamentenplan zusenden!!!