

Patientenanmeldung: Neurologische Rehabilitation
--

Fax-Anmeldung

Phase B: 09131/753-2719

Phase C/D: 09131/753-2910

- Anmeldung für Frühreha/**Phase B** (Barthelindex: 0 – 30)
- Weiterführende Reha/**Phase C** (Barthelindex: 35 – 65)
- Anschlussheilbehandlung **Phase D** (Barthelindex: ab 70)

<p>Anmeldende Klinik</p> <p>Datum:</p>	<p>Krankenkassen:</p> <p><input type="checkbox"/>AOK <input type="checkbox"/>Barmer <input type="checkbox"/>Sonstige</p> <p><input type="checkbox"/>DAK <input type="checkbox"/>SBK</p> <p><input type="checkbox"/>TK <input type="checkbox"/>LKK/LSV</p> <p><input type="checkbox"/> Private: Haupt oder Zusatzversichert</p>
---	--

Personalien des Patienten:

Name	Vorname
Geburtsdatum	Geschlecht
Straße/Hausnummer	Postleitzahl/Wohnort

Neurologische Diagnose: _____

Begründung der Reha: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

Besonderheiten:

- Beatmung Schlafapnoe Gerät Trachealkanüle
- Isolationspflichtig: MRSA, Clostridien, MRGN (bitte spezifizieren)_____
- Dialyse Pflegegrad_____ Adipositas/Gewicht_____
- spezielle Medikation_____

Sonstiges:

Gewünschter Termin: _____

Angemeldet durch: _____
 (Bitte Druckbuchstaben)

Telefon: _____

 (Unterschrift / Stempel)

Klinikum am Europakanal Erlangen

Zentrum für Neurologie und Neurologische Rehabilitation

Am Europakanal 71
91056 Erlangen
Tel.: Phase B: 09131/753-2855
Phase C: 09131/753-2900



Etikett

Station	Untersucher/in	Datum
---------	----------------	-------

Frühreha Barthel	nein	ja
1. Intensivmedizin, überwachungspflichtiger Zustand	0	-50
2. Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	-50
3. Intermittierende Beatmung	0	-50
4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0	-50
5. Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0	-50
6. Schwere Verständigungsstörung	0	-25
7. Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50
Summe:		

1. Essen und Trinken 5= Hilfe ist erforderlich beim Brotstreichen, Essen zerkleinern, Getränke einschenken 10=ist in der Lage, feste Mahlzeiten selbständig einzunehmen und Hilfsmittel zu verwenden	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbständig	10
2. Aufsetzen und Umsetzen 5= passiver Transfer mit 1-2 HP bzw. benötigt deutliche Hilfestellung beim Auf- und Umsetzen 10= geringe Hilfe (ungelernte HP) oder Aufsicht für einen oder mehrere Teilschritte d. Auf- u. Umsetzens 15= Transfer völlig selbständig vom Liegen zum Sitz in den (korrekt vorbereiteten) Rollstuhl u. zurück	nicht möglich	0
	mit erheb. Unterstützung	5
	mit geringer Unterstützung	10
	selbständig	15
3. Persönliche Pflege 5= kann sich selbständig Hände und Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne/Zahnprothesen putzen Toilettenartikel können bereitgestellt werden, nicht gerichtet	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbständig	10
4. Benutzung der Toilette oder Toilettenrollstuhl 5= selbständig, Resthilfe nötig (Intimhygiene, Hose hochziehen) 10= An-/auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung selbständig	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbständig	10
5. Baden/Duschen 5= kann alle Handlungsschritte beim Duschen selbst durchführen, keine Aufsicht nötig	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	0
	selbständig	5
6. Aufstehen und gehen (vom Sitz in Stand) 5= kann selbst aufsitzen, aufstehen ggf. m. Hilfe, selbst. Gebrauch. d. Rolls. od. Gehen + HP Rollator mind. 25 m 10= kann selbst aufsitzen und aufstehen, gehen mit Rollator mind. 50 m 15= kann selbst mind. 50 m laufen (mit oder ohne Stock/Gehstütze), Prothesen werden selbst angelegt	erfüllt 5 nicht	0
	mit Unterstützung	5
	selbständig mit Gehwagen	10
	selbständig ohne Gehwagen	15
7. Treppen auf- und absteigen 5= Pat. steigt mind. 1 Stockwerk mit ungelernter HP od. Aufsicht hinauf u. hinunter (nicht nur in Therapie) 10= Pat. steigt mind. 1 Stockwerk ohne Hilfe oder Aufsicht, wobei Gehstock und Geländer erlaubt sind	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbständig	10
8. An-/Auskleiden 5= benötigt Hilfe beim Knöpfen, Reißverschluss, kann aber die Hälfte der Tätigkeiten (OK) selbst durchführen 10= selbständig beim Kleiden einschließlich Verschlüsse und Schnürsenkel in angemessener Zeit	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbständig	10
9. Stuhlkontinenz 5= gelegentlich inkontinent (max. 1/Woche), od. Hilfe bei Abführmaßnahmen od. Anus praeter 10= kontinent, od. keine Hilfe b. Abführmaßnahmen, Anus praeter wird komplett selbständig versorgt	permanent inkontinent	0
	gelegentlich inkontinent	5
	kontinent	10
10. Harnkontinenz 5= gelegentlich inkontinent (max. 1/Tag), Hilfe bei Versorgung des Harnkathetersystems 10= Tag und Nacht kontinent, Versorgung des Harnkathetersystems od. Windel/Einlage komplett selbst	permanent inkontinent	0
	gelegentlich inkontinent	5
	kontinent	10

Grundlage ist das Hamburger Manual

Barthel		Summe:
---------	--	--------