

# Formular

## Ärztlich-Pflegerischer Anmeldebogen zur Akut-Frührehabilitation

FO.Ke.Au.me.001.1.7

Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e. V.  
Akut-Frührehabilitation  
Waldstr. 2-10 53177 Bonn  
Fax: 0228/381-651  
E-Mail: akutfruehreha@godeshoehe.de

Ärztlicher Direktor  
**Prof. Dr. med. H. Karbe**

<b>Name, Vorname:</b>	<b>geb.:</b>
<b>Anschrift:</b>	
<b>Krankenkasse/Versicherung/Versicherungsnummer:</b>	
<b>Diagnose:</b>	
<b>Krankheitsbeginn und -verlauf (Art u. Datum der OP sowie Angaben von Komplikationen):</b>	
<b>Klinischer Befund mit physischer und psychischer Funktionseinschränkung:</b>	
<b>Zusätzliche Erkrankungen / Behinderungen mit Angabe von Funktionsstörungen:</b>	
<b>Vorbehandlung Frühreha (DRG)</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges (Bitte unbedingt ausfüllen!):</b>	
<b>Trachealkanüle</b>	mit Cuff <input type="checkbox"/> ohne Cuff <input type="checkbox"/>
<b>Zugänge:</b> ZVK <input type="checkbox"/>	arteriell <input type="checkbox"/> Port u.a. <input type="checkbox"/> Stuhldrainagesystem <input type="checkbox"/>
<b>Drainagen: (z. B. Bülau/EVD etc.)</b> _____	
<b>Ileo-/Colostoma</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Perfusoren:</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Welche: _____
<b>Ernährung:</b> oral <input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/>
<b>Essen anreichern</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufwand in Minuten _____
<b>Blase:</b> spontan <input type="checkbox"/>	DK <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> Selbstkath. u.a. <input type="checkbox"/>
<b>Dekubitus:</b> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<b>Aufwendige Wunden:</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufwand in Minuten _____
<b>Isolationspflichtige Keime:</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Welche: _____
<b>Dialysepflicht:</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> besondere Medikamente: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>instabile Frakturen:</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Adipositas (BMI &gt;31):</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Delirium</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Hinlauftendenz</b>	nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>
<b>Vegetative Stressphasen/Zustände mit autonomer Dysregulation</b> nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>
<b>Telefon/Fax</b>	<b>Stempel der Klinik/Station</b>

# Formular Ärztlich-Pflegerischer Anmeldebogen zur Akut-Frührehabilitation

FO.Ke.Au.me.001.1.7

<b>Frühreha-Barthel-Index</b>				
			nein	ja
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen)			0	-50
Absaugpflichtiges Tracheostoma			0	-50
Intermittierende Beatmung			0	-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)			0	-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)			0	-50
Schwere Verständigungsstörung			0	-25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung			0	-50
<b>Gesamtpunktzahl Frühreha-Barthel</b>				

  

<b>Barthel-Index</b>				
			<b>Punkte</b>	
1.	Essen und Trinken (mit Unterstützung: wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden müssen)	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	10	
2.	Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschließlich Aufsitzen im Bett)	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	15	
3.	Persönliche Pflege (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	0	
		selbständig	5	
4.	Benutzung der Toilette (An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	10	
5.	Baden / Duschen	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	0	
		selbständig	5	
6. a.	Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	10	
		selbständig	15	
6. b.	Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (nur verwenden, wenn Frage 6. a. mit "nicht möglich" bewertet wurde)	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	0	
		selbständig	5	
7.	Treppen auf- und absteigen	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	10	
8.	An- und Ausziehen (einschließlich Schuhebinden, Knöpfe schließen)	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	10	
9.	Stuhlkontrolle	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	10	
10.	Harnkontrolle	nicht möglich	0	
		mit Unterstützung	5	
		selbständig	10	
<b>Barthel-Index</b>				

  

	<b>Barthel-Punktzahl</b>	
	<b>Frühreha-Barthel</b>	
	<b>Gesamtpunktzahl</b>	