

# 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>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Sonstiges (Bitte unbedingt ausfüllen!):</b>			
<b>Trachealkanüle</b>	<b>mit Cuff</b> <input type="checkbox"/>	<b>ohne Cuff</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Zugänge:</b>	<b>ZVK</b> <input type="checkbox"/>	<b>arteriell</b> <input type="checkbox"/>	<b>Port u.a.</b> <input type="checkbox"/>
			<b>Stuhldrainagesystem</b> <input type="checkbox"/>
<b>Drainagen: (z. B. Bülau/EVD etc.) _____</b>			
<b>Ileo-/Colostoma</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Perfusoren:</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Welche:</b> _____
<b>Ernährung: oral</b> <input type="checkbox"/>	<b>MS</b> <input type="checkbox"/>	<b>PEG/PEJ</b> <input type="checkbox"/>	<b>parenteral</b> <input type="checkbox"/>
<b>Essen anreichern</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aufwand in Minuten</b> _____
<b>Blase: spontan</b> <input type="checkbox"/>	<b>DK</b> <input type="checkbox"/>	<b>SPK</b> <input type="checkbox"/>	<b>Selbstkath. u.a.</b> <input type="checkbox"/>
<b>Dekubitus: nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>		
<b>Aufwendige Wunden:</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Aufwand in Minuten</b> _____
<b>Isolationspflichtige Keime:</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>Welche:</b> _____
<b>Dialysepflicht:</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	<b>besondere Medikamente: nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <input type="checkbox"/>
<b>instabile Frakturen:</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Adipositas (BMI &gt;31):</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Delirium</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Hinlauftendenz</b>	<b>nein</b> <input type="checkbox"/>	<b>ja</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Vegetative Stressphasen/Zustände mit autonomer Dysregulation</b> <b>nein</b> <input type="checkbox"/> <b>ja</b> <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>			Punkte
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>	