

<b>Dok.-Typ: FO</b> Gültig für: <input type="checkbox"/> Akut <input checked="" type="checkbox"/> Reha	<b>ärztlicher Anmeldebogen zur Rehabilitation Phase B_C_D</b>	 <b>JOHANNITER</b> Neurologisches Rehazentrum Godeshöhe
---	---	--

Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe e. V.  
 Waldstr. 2-10 53177 Bonn  
 Fax: 0228/381-651 oder 350  
 E-Mail: patientenaufnahme@godeshoehe.de

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

Name, Vorname:	geb.:
Anschrift:	
Krankenkasse/Versicherung/Beihilfe:	
Versicherungsnummer:	
Betreuung/Vorsorgevollmacht: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Telefonnummer Patient/Angehörige:	
Wahlleistung Chefarztbehandlung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Diagnose:	
Krankheitsbeginn und -verlauf (Art u. Datum der OP sowie Angaben von Komplikationen):	
Klinischer Befund mit physischer und psychischer Funktionseinschränkung:	
Zusätzliche Erkrankungen / Behinderungen mit Angabe von Funktionsstörungen:	
<b>Covid-Impfung vorliegend:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche und wann:	

Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Dekanüliert seit: _____
Zugänge:	<input type="checkbox"/> ZVK <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Port u.a.
Drainagen: (z. B. Bülau/EVD etc.):	_____
Ileo-/Colostoma	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Perfusoren:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Ernährung:	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> parenteral
Essen anreichen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Aufwand in Minuten _____
Blase:	<input type="checkbox"/> spontan <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> Selbstkath. u.a.
Dekubitus:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja -> Grad angeben+Wundversorgungsart _____
Aufwendige Wunde:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Aufwand in Minuten _____
Isolationspflichtige Keime:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche: _____
Dialysepflicht:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, wo _____
instabile Frakturen:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Adipositas (BMI > 31):	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Größe _____ Gewicht _____
Delirium:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
O2-Pflicht	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, _____ l/min
Nichtinvasive Beatmung:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
besondere/teure Medikamente:	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja-> unbedingt Medikamentenplan einreichen

\_\_\_\_\_  
 Datum                                      Unterschrift                                      Telefon/Fax                                      Stempel der Klinik/Station

Inhaltlich/fachlich geprüft: Gudrun Breier Pavlina Kaabar	Freigegeben: Prof. Hans Karbe	Stand: 08.02.2022	Rev.Nr.: 02	Seite 1 von 2
---	----------------------------------	----------------------	----------------	---------------

**Frühreha-Barthel-Index \_\_\_\_\_**

Bitte zutreffendes ankreuzen und aktuelles Datum eintragen

- |  |               |
|--|---------------|
| <input type="checkbox"/> Intensivmedizinisch Überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veg. Krisen)            | = - 50 Punkte |
| <input type="checkbox"/> absaugpflichtiges Tracheostoma  | = - 50 Punkte |
| <input type="checkbox"/> intermittierende Beatmung/keine andauernde Sicherstellung der Spontanatmung       | = - 50 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)                    | = - 50 Punkte |
| <input type="checkbox"/> Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen-und/oder Fremdgefährdung) | = - 50 Punkte |
| <input type="checkbox"/> schwere Verständigungsstörung   | = - 25 Punkte |
| <input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung   | = - 50 Punkte |

Gesamtpunktzahl:   
 Bitte unten ebenfalls eintragen

**Barthel-Index vom \_\_\_\_\_**

		Punkte
<b>Essen und Trinken</b> ( mit Unterstützung: wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden müssen)	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	10
<b>Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt</b> (einschließlich Aufsitzen im Bett)	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	15
<b>Persönliche Pflege</b> (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	0
	selbstständig	5
<b>Benutzung der Toilette</b> (An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	10
<b>Baden/Duschen</b>	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	0
	selbstständig	5
<b>Gehen auf ebenen Untergrund</b>	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	10
	selbstständig	15
<b>Fortbewegen mit dem Rollstuhl auf ebenen Untergrund</b> (nur verwenden, wenn „Gehen auf ebenen Untergrund“ mit nicht möglich bewertet wurde)	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	0
	selbstständig	5
<b>Treppen auf- und absteigen</b>	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	10
<b>An- und Ausziehen</b> (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	10
<b>Stuhlkontrolle</b>	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	10
<b>Harnkontrolle</b>	nicht möglich	0
	mit Unterstützung	5
	selbstständig	10
<b>Barthel-Punktzahl:</b>		
<b>Leistungsphase:</b>		
<b>Gesamt:</b>		