

Bitte per Fax an 040 - 1818 87 3069



Asklepios Klinik Nord

zertifizierte
Stroke Unit

Neurologische Abteilung

Chefarzt Prof. Dr. med. G. Seidel

Tangstedter Landstr. 400, 22417 Hamburg

Telefon 040/181887-3076, Telefax 040/181887-3069

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation

Aufkleber Patientendaten

Diagnosen _____

Isolation keine MRSA ESBL _____

Zugänge ZVK PEG Magensonde _____

Infektion keine Pneumonie HWI _____

Besonderh. Beatmung Trachealkanüle KG > 120 kg

Anmeldende Klinik

Arzt: _____

Telefon (Durchwahl): _____

Fax: _____

Klinikstempel

Datum, Unterschrift: _____

Bearbeitungsvermerk (interner Gebrauch)
Aufnahme am Kostenzusage liegt vor ja,
am



Patientenname _____
 Datum _____

A) Frühreha-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	Ja	<input type="checkbox"/>	- 50
	Nein	<input type="checkbox"/>	0
absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	<input type="checkbox"/>	- 50
	Nein	<input type="checkbox"/>	0
intermitt. Beatmung	Ja	<input type="checkbox"/>	- 50
	Nein	<input type="checkbox"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja	<input type="checkbox"/>	- 50
	Nein	<input type="checkbox"/>	0
beaufsichtigungspflicht. Verhaltensstörung (Eigen- oder Fremdgefährdung)	Ja	<input type="checkbox"/>	- 50
	Nein	<input type="checkbox"/>	0
schwere Verständigungsstörungen	Ja	<input type="checkbox"/>	-25
	Nein	<input type="checkbox"/>	0
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja	<input type="checkbox"/>	- 50
	Nein	<input type="checkbox"/>	0

A: Summe Frühreha-Index (-25 bis -325): _____

B) Barthel-Index

Essen	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/>	10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/>	0
Bett-(Rollstuhl-) Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/>	15
	Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht möglich	<input type="checkbox"/>	0
Waschen	Unabhängig bei Gesicht, Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe z. B bei der Kleidung/Reinigung.	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/>	0
Baden	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/>	0
Gehen auf Flur-ebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/>	15
	Geringe Hilfe erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen.	<input type="checkbox"/>	10
	Kann Rollstuhl selbständig bedienen, min. 50 m.	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/>	0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/>	0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/>	10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/>	5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/>	0
Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/>	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/>	10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/>	5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/>	0

B: Summe Barthel-Index: _____

Frühreha-Barthel-Index (A+B): _____

Bearbeitungsvermerk (interner Gebrauch)

Aufnahme am Kostenzusage liegt vor ja,
 am