

Bereich: Patientenaufnahme

Absender: Neurologisches Rehabilitationszentrum Godeshöhe
Empfänger: _____ Fax: _____
Nachricht: Wir benötigen eine aktuelle Barthel-Index-Bewertung!
Bitte faxen Sie diese an: 0228 / 381 350. Vielen Dank!

Name: _____
Vorname: _____
Geburtsdatum: _____

Frühreha-Barthel-Index

	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
Gesamtpunktzahl Frühreha-Barthel		

Barthel-Index

		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
Gesamtpunktzahl Barthel-Index		

Sonstiges:

Trachealkanüle	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	Gewicht (kg):	Größe (m):
Dekubitus	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
Aufwendige Wunden	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
Clostridien	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
Isolationspfl. Erreger	nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>		
Zugänge:	ZVK <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Port <input type="checkbox"/> AP <input type="checkbox"/>			
Blase:	spontan <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> selbstkath. <input type="checkbox"/>			
Ernährung:	oral <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/>			
Drainagen:				

Barthel-Punktzahl	
Frühreha-Barthel (-)	
Gesamtpunktzahl	

Angehöriger / Betreuer
 Name, Vorname: _____
 Telefon: _____

Erstellt am: _____

Unterschrift