

# Formular Ärztlicher Anmeldebogen zur Akut-Frührehabilitation

FO.Ke.Au.me.001.1.4

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>			
Trachealkanüle mit Cuff <input type="checkbox"/> ohne Cuff <input type="checkbox"/>			
Zugänge: ZVK <input type="checkbox"/> arteriell <input type="checkbox"/> Port u.a. <input type="checkbox"/>			
Ernährung: oral <input type="checkbox"/> MS <input type="checkbox"/> PEG/PEJ <input type="checkbox"/> parenteral <input type="checkbox"/>			
Blase: spontan <input type="checkbox"/> DK <input type="checkbox"/> SPK <input type="checkbox"/> Selbstkath. u.a. <input type="checkbox"/>			
Dekubitus: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Aufwendige Wunden: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Isolationspflichtige Keime: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Welche:.....			
Dialysepflicht: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> besondere Medikamente: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
instabile Frakturen: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Adipositas per magna: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>			
Drainagen: (z. B. Bülau/EVD etc.).....			
Perfusoren: nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> Welche:.....			
<b>Datum</b>	<b>Unterschrift</b>	<b>Telefon/Fax</b>	<b>Stempel der Klinik/Station</b>

# Formular Ärztlicher Anmeldebogen zur Akut-Frührehabilitation

FO.Ke.Au.me.001.1.4

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
<b>Gesamtpunktzahl Frühreha-Barthel</b>		

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