

Patientendaten

Name _____
Geburtsdatum _____
Adresse _____
Telefon _____
Versicherung _____
Stationär seit _____ Station _____
Stationsarzt Nr. _____ Station Nr. _____
Krankenhaus _____
Fax Nr. _____

Angehöriger / Betreuer

Name _____
Telefon _____
Beziehung _____

Wahleinstellungen

1-Bett-Zimmer 2-Bett-Zimmer
 Chefarztbehandlung

Hauptdiagnosen:

Relevante Nebendiagnosen:

Begründung stationäre Aufnahme:

Anmeldungsdatum: _____
Aufnahme möglich am: _____

Frakturen, Op-Datum _____

Vollbelastung Teilbelastung
 Teilbelastung _____ kg, bis _____
 Keine Belastung bis _____

Status & Mobilität vor Erkrankung

Alleinlebend Mit Angehörigen
 Eigene Wohnung Hilfsbedürftig
 Pflegedienst Betreutes Wohnen
 Kurzzeitpflege Pflegeheim
 Kein PG Antrag gestellt
 PG 1 PG 2 PG 3 PG 4 PG 5

Mobil Mobil mit Hilfsmittel: _____
 Immobil

Besonderheit

Sprachstörung Stoma NIV/CPAP
ZVK Tracheostoma
O₂-Therapie Dialyse
Dysphagie Blasenkatheter
Port PEG/Magensonde

Hygiene / Infektionen

Diarrhö Clostridien Norovirus
MRSA: Ja Nein **3-MRGN:** Ja Nein
4-MRGN: Ja Nein

Covid: Ja Nein **Testdatum:** _____

Wunden / Dekubitus

Dekubitusulcera, Grad _____
 Wunden, Lokalisation _____

Verwirrtheit: ja nein

Gestörter Schlaf: ja nein

Delir: ja nein

Demenz: ja nein

Schwergrad: _____

Desorientierung: ja nein

Nächtliche Unruhe: ja nein

Hinlauftendenzen: ja nein

Depression: ja nein

Wahnhafte Ideen: ja nein

Aktuell Mobilität: selbstständig mit Hilfspersonen

nicht gehfähig

bettlägerig seit: _____

ohne Hilfsmittel mit Hilfsmittel _____

Psychopharmaka : _____

Barthel Index _____

Früh Barthel-Index _____

CAVE!!

-Nur vollständig ausgefüllter Antrag wird bearbeitet
-Rückmeldung erfolgt entweder telefonisch oder per Fax
-Bei Übernahme immer Entlassungsbericht u. Laborbefund mitsenden
-Terminale Erkrankung > Palliativmedizin
-Akute neuropsychiatrische Morbidität
> Gerontopsychiatrie

Rückmeldung

Übernahme

ja, wann am _____ um _____

steht auf Warteliste

nein fehlende Kapazitäten

fehlende rehabilitative Potentiale

A) FR-Index

intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)	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
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/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

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 beim Waschen von Gesicht und 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. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder 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, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen.	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an den Tisch heranfahren, 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 (ggf. auch Korsett- o. Bruchband)	<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
Stuhikontrolle	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, max. einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0

Patientenaufkleber oder

Name:
Vorname:
Geburtsdatum:

Summe Barthelindex (B):

Summe FR-Index (A):

Frühreha-Barthel-Index (A+B):