

## Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Beatmungspflichtige Patienten können zurzeit noch nicht aufgenommen werden.  
Weitere Voraussetzungen: Stabile Vitalparameter, Übungsstabilität bei Frakturen, Abschluss der Akutversorgung, keine infausten Erkrankungen.

Patientenetikett
------------------

Klinik: .....  
 Fachabteilung: .....  
 Verlegung möglich ab: .....  
 Zuständiger Arzt: .....  
 Telefon Arzt: .....  
 Fax-Nummer: .....

Reha-begründende neurologische Diagnose: .....

Weitere: .....  
 .....  
 .....

### Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> Tracheostoma	ggf.:	<input type="checkbox"/> dilatativ	<input type="checkbox"/> operativ	<input type="checkbox"/> Größe TK .....
<input type="checkbox"/> Isolationspflicht	bei:			
<input type="checkbox"/> Dialysepflicht	<input type="checkbox"/> Shunt		<input type="checkbox"/> PEG	
<input type="checkbox"/> Fixierung erforderlich	<input type="checkbox"/> Adipositas permagna, ggf. Gewicht:			
<input type="checkbox"/> Fixateur externe	<input type="checkbox"/> VAC-Therapie		<input type="checkbox"/> Dekubitus	

- Frühreha-Items:**
- Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand -> -50 Punkte
  - Absaugpflichtiges Tracheostoma -> -50 Punkte
  - Intermittierende Beatmung -> -50 Punkte
  - Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung -> -50 Punkte
  - Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung mit Eigen-/Fremdgefährdung -> -50 Punkte
  - Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung -> -50 Punkte
  - Schwere Verständigungsstörung -> -25 Punkte

**Barthel-Index:** Bitte auf separatem Blatt ermitteln (und mit faxen) ..... Punkte  
**Frühreha-Barthel:** Summe beider Scores ..... Punkte

Angehörige: ..... Telefon: .....

Betreuung  beantragt  ggf. Betreuer: ..... Telefon: .....

Verlegung bitte mit Arztbrief und Befunden in Kopie, sowie Bildgebung auf CD

Datum: ..... Name: ..... Unterschrift: .....



**Barthel-Index am .....**

Als Anlage zum Antrag auf Frührehabilitation für:

**Essen**

- 0 Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung
- 5 Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
- 10 Komplettselbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung/-Versorgung

**Aufsetzen und Umsetzen**

- 0 Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
- 5 Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
- 10 Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
- 15 komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück

**Sich waschen**

- 0 Erfüllt „5“ nicht
- 5 vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren, Frisieren

**Toilettenbenutzung**

- 0 Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
- 5 vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich
- 10 vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung

**Baden und Duschen**

- 0 Erfüllt „5“ nicht
- 5 selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen

**Aufstehen & Gehen**

- 0 Erfüllt „5“ nicht
- 5 mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen – alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl
- 10 ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
- 15 ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen

**Treppensteigen**

- 0 Erfüllt „5“ nicht
- 5 mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
- 10 ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen

**An- und Auskleiden**

- 0 Erfüllt „5“ nicht
- 5 kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern Utensilien in greifbarer Nähe sind
- 10 zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus

**Stuhlkontinenz**

- 0 Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
- 5 ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / Anus-praeter-Versorgung
- 10 ist stuhlinkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung

**Harnkontinenz**

- 0 Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harnkontinent
- 5 kompensiert seine Harnkontinenz selbstständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
- 10 ist harnkontinent oder kompensiert seine Harnkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)

Summen ..... ..

Gesamtsumme: .....

Name .....

Unterschrift .....