

Kontaktaufnahme für Terminabsprachen: Aufnahmemanagement: Tel. 040/181885-5350

Zurück per Mail: [anmeldungenfruehreha.St.Georg@asklepios.com](mailto:anmeldungenfruehreha.St.Georg@asklepios.com), per Fax 040 / 181885-3444

### Patientenanmeldung zur

Neurologischen Frührehabilitation ☐

Fachübergreifenden Frührehabilitation ☐

für:

Patientenaufkleber

Klinik für Neurologie und Frührehabilitation  
 Zertifizierte Regionale Stroke Unit  
 Mitglied im Tumorzentrum Hamburg

Dr. med. Ernst Walther  
 Chefarzt Frührehabilitation  
[e.walther@asklepios.com](mailto:e.walther@asklepios.com)

PD Dr. med. Jürgen Eggers  
 FAHA, FESO, MBA  
 Chefarzt Neurologie:  
[ju.eggers@asklepios.com](mailto:ju.eggers@asklepios.com)

**Versicherungsnummer (zwingend erforderlich!)**

**Krankenversicherung**

Name, Vorname und Telefonnummer des Angehörigen und/oder Betreuers

Diagnosen / Verlauf: (bitte Hauptdiagnose unterstreichen)

**- Bitte QR-Code, oder Bildmitgabe bei Verlegung! -**

|                       |                                    |                                     |                                         |                                              |
|-----------------------|------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------------|----------------------------------------------|
| <b>Besonderheiten</b> | Keine <input type="checkbox"/>     | Beatmung <input type="checkbox"/>   | Trachealkanüle <input type="checkbox"/> | Überwachungspflicht <input type="checkbox"/> |
|                       | EVD <input type="checkbox"/>       | Fixierung <input type="checkbox"/>  | KG > 120 kg <input type="checkbox"/>    | Dialyse <input type="checkbox"/>             |
| <b>Fieber</b>         | Kein <input type="checkbox"/>      | Pneumonie <input type="checkbox"/>  | Anderer Infekt <input type="checkbox"/> | VAC-Pumpe <input type="checkbox"/>           |
| <b>Ernährung</b>      | Oral <input type="checkbox"/>      | ZVK <input type="checkbox"/>        | PEG <input type="checkbox"/>            | Magensonde <input type="checkbox"/>          |
| <b>Isolation</b>      | Keine <input type="checkbox"/>     | VRE <input type="checkbox"/>        | Acinetobacter <input type="checkbox"/>  | MRSA <input type="checkbox"/>                |
|                       | SarsCov-2 <input type="checkbox"/> | Andere MRE <input type="checkbox"/> |                                         |                                              |

|                       |                                                    |                                               |                                               |
|-----------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <b>Wahlleistungen</b> | <b>Chefarztbehandlung</b> <input type="checkbox"/> | <b>1-Bett-Zimmer</b> <input type="checkbox"/> | <b>2-Bett-Zimmer</b> <input type="checkbox"/> |
|-----------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------|

Name zuweisender Arzt (Bitte Druckbuchstaben): \_\_\_\_\_

Klinik / Station: \_\_\_\_\_

Telefon-Nr.: \_\_\_\_\_ Fax-Nr.: \_\_\_\_\_

Datum:

Zurück per Mail: [anmeldungenfruehreha.St.Georg@asklepios.com](mailto:anmeldungenfruehreha.St.Georg@asklepios.com), per Fax 040 / 181885-3444

## Frühreha-Barthel-Index

### A: Frühreha-Index

|                                                                                   |            |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------|--|
| <b>Tracheostoma</b>                                                               | <b>-50</b> |  |
| <b>Intensivmedizinische Überwachung (Monitoringpflicht)</b>                       | <b>-50</b> |  |
| <b>Intermittierende Beatmung (auch CPAP oder NIV)</b>                             | <b>-50</b> |  |
| <b>Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)</b>             | <b>-50</b> |  |
| <b>Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (Eigen- oder Fremdgefährdung)</b> | <b>-50</b> |  |
| <b>Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (1:1 Betreuung)</b>                  | <b>-50</b> |  |
| <b>Schwere Verständigungsstörung (Aphasie)</b>                                    | <b>-25</b> |  |
| <b>Summe Frühreha-Index (-25 bis -325)</b>                                        |            |  |

### B: Barthel-Index

#### Essen und Trinken (0-10 Punkte)

- 10 = kann selbständig eine feste Mahlzeit in üblicher Zeit zu sich nehmen; sollte in der Lage sein, erforderliche Hilfsmittel einzusetzen \_\_\_\_\_
- 5 = Hilfe ist erforderlich (s. oben), Pat. isst selbst \_\_\_\_\_
- 0 = unmöglich \_\_\_\_\_

#### Transfer Rollstuhl – Bett (0-15 Punkte)

- 15 = benötigt keinen Rollstuhl oder ist selbständig in allen Bereichen: fährt sicher an das Bett, betätigt Bremsen, hebt die Fußstützen, wechselt in das Bett, legt sich nieder, kann alleine aufrecht auf der Bettkante sitzen, die Position des Rollstuhls korrigieren \_\_\_\_\_
- 10 = geringe Hilfe oder Aufsicht durch 1 Person für einen oder mehrere Teilschritte erforderlich \_\_\_\_\_
- 5 = kann an der Bettkante sitzen, muss aber von 1 oder 2 Personen aus dem Bett gehoben werden bzw. benötigt deutliche Hilfestellung \_\_\_\_\_
- 0 = unmöglich, keine Sitzbalance \_\_\_\_\_

#### Persönliche Hygiene (0-5 Punkte)

- 5 = kann sich Hände und Gesicht waschen, kämmen, Zähne putzen, rasieren; Toilettenartikel können bereitgestellt werden \_\_\_\_\_
- 0 = nicht möglich bzw. mit Unterstützung \_\_\_\_\_

#### Benutzung der Toilette (0-10 Punkte)

- 10 = selbständig einschließlich An-/Ausziehen, Kleidung reinhalten, Anus säubern \_\_\_\_\_
- 5 = teilselbständig, aber Hilfe nötig \_\_\_\_\_
- 0 = unselbständig \_\_\_\_\_

#### Baden/Duschen (0-5 Punkte)

- 5 = kann Voll- oder Duschbad nehmen, alle Handlungsschritte selbständig \_\_\_\_\_
- 0 = nicht selbständig möglich \_\_\_\_\_

#### Mobilität (0-15 Punkte)

- 15 = kann mindestens 50 m gehen; Hilfsmittel wie Prothesen, Gehstützen können selbständig eingesetzt werden \_\_\_\_\_
- 10 = auf Hilfe oder Aufsicht angewiesen, mindestens 50 m mit geringer Unterstützung \_\_\_\_\_
- 5 = selbständiger Gebrauch des Rollstuhls; kann um Ecken, an Tisch, Bett oder Toilette fahren und auf der Stelle drehen; mind. 50 m \_\_\_\_\_
- 0 = immobil, auf Hilfe angewiesen \_\_\_\_\_

#### Treppen auf-/absteigen (0-10 Punkte)

- 10 = bewältigt ein Stockwerk ohne Hilfe, Gebrauch von Geländer, Gehhilfe möglich \_\_\_\_\_
- 5 = benötigt Hilfe oder Aufsicht \_\_\_\_\_
- 0 = nicht möglich \_\_\_\_\_

#### An-/Ausziehen (0-10 Punkte)

- 10 = selbständig beim Auswählen der Kleidung, An-/Ausziehen einschließlich Verschlüsse und Schnürsenkel, Hilfsmittel werden selbständig angelegt \_\_\_\_\_
- 5 = benötigt Hilfe (z.B. bei Knöpfen, Reißverschluss); mind. die Hälfte des Aufwandes vom Pat. selbst geleistet in vernünftigen zeitlichen Rahmen \_\_\_\_\_
- 0 = abhängig \_\_\_\_\_

#### Stuhlkontrolle (0-10 Punkte)

- 10 = kontinent, keine Missgeschicke \_\_\_\_\_
- 5 = gelegentliches Einkoten/Missgeschick (max. 1/Woche) \_\_\_\_\_
- 0 = inkontinent oder unselbständig \_\_\_\_\_

**Harnkontrolle (0-10 Punkte)**

10 = kontinent Tag und Nacht, evtl. Gebrauch einer Harnableitung selbständig

5 = gelegentliches Einnässen/Missgeschick (max. 1/Tag)

0 = inkontinent oder unselbständig

\_\_\_\_\_

---

**Summe Barthel-Index (0 bis +100)**

\_\_\_\_\_

Pat.-Name/ Aufkleber

**Frühreha-Barthel-Index (A+B):**

**Datum:**