



**Angaben zum Patienten**

Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl und Ort	
Krankenversicherung Versicherungsnummer	
Zusatzversicherung Versicherungsnummer	
Wahlleistung	Chefarztbehandlung: <input type="checkbox"/> Einzelzimmer: <input type="checkbox"/> Doppelzimmer: <input type="checkbox"/>
Betreuer/Angehöriger: Name und Telefonnummer	
Ist der Patient / Angehörige / Betreuer über die Frühreha informiert und einverstanden? ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	

**Angaben zur anmeldenden Klinik**

Klinik, Station	
Telefon – Station	
FAX	
Behandelnder Arzt/Ärztin Tel.-Durchwahl	

**Informationen zur Reha**

Kurzdiagnose	
	HIT: <input type="checkbox"/> Sepsis: <input type="checkbox"/>
Verlegung möglich ab	
<input type="checkbox"/> Überwachungsparameter	O2: <input type="checkbox"/> Hf: <input type="checkbox"/> RR: <input type="checkbox"/> verwirrt/desorientiert: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Beatmung: ggf. Modus	
<input type="checkbox"/> Drainagen	EVD: <input type="checkbox"/> lumbale Liquordrainage: <input type="checkbox"/> Thoraxdrainage: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Perfusoren	
<input type="checkbox"/> Antibiotika /Antimykotika	Präparat/e: _____
<input type="checkbox"/> Devices	Verbände: <input type="checkbox"/> Trachealkanüle: <input type="checkbox"/> Tubus: <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dekubitus:Lokalisation / Schweregrad	
Erreger	MRSA: <input type="checkbox"/> VRE: <input type="checkbox"/> Acitenobacter baumannii: <input type="checkbox"/> ESBL: <input type="checkbox"/> Clostridien: <input type="checkbox"/> Hepatitis C: <input type="checkbox"/> HIV: <input type="checkbox"/> Sonstige: <input type="checkbox"/> _____ (Bitte Erreger angeben)
<input type="checkbox"/> Dialyse	

**Bitte ggf. ein Beiblatt beifügen!**

 <b>Asklepios Schlossberg Klinik</b> Geltungsbereich: Patientenmanagement	erstellt: XXX      von: Pat.Mgt.	freigegeben: 04-13      von: Pat. Mgt.
	Formular -Nr. 345	Revision: - Nr.: 0



# Frührehabilitations-Barthel-Index

Diagnose:

Name:

Geb.Dat.:

Beginn der Erkrankung (Datum):

	Nein	Ja		individueller Eintrag
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veg.Krisen)	<input type="radio"/>	-50		
Beatmungspflichtig (intermittierend)	<input type="radio"/>	-50		
Absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="radio"/>	-50		
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung ( Verwirrtheit)	<input type="radio"/>	-50		
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung ( mit Eigen- und/ oder Fremdgefährdung)	<input type="radio"/>	-50		
Schwere Verständnisstörung	<input type="radio"/>	-25		
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="radio"/>	-50		
<b>Zwischensumme</b>				
	<b>nicht möglich</b>	<b>mit Unterstützung</b>	<b>selbstständig</b>	<b>individueller Eintrag</b>
1 Essen und Trinken („mit Unterstützung“, wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)	0	5	10	
2 Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)	0	5	15	
3 Persönliche Pflege (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	0	0	5	
4 Benutzung der Toilette (An- und auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	0	5	10	
5 Baden / Duschen	0	0	5	
6 Gehen auf ebenem Grund	0 *)	10	15	
6a*) Rollstuhlbenutzung (nur ausfüllen, wenn Gehen auf ebenem Grund nicht möglich)	0	0	5	
7 Treppen auf-/absteigen	0	5	10	
8 An-/Ausziehen (einschl. Schuhebinden, Knöpfe schließen)	0	5	10	
9 Stuhlkontrolle	0	5	10	
10 Harnkontrolle                    suprabubisch <input type="checkbox"/> transuretral <input type="checkbox"/>	0	5	10	
<b>FR-Barthel-Index – Gesamtzahl</b>				
Dekubitus	ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>			
Ernährungssonde	nasal <input type="checkbox"/> gastral <input type="checkbox"/> enteral <input type="checkbox"/>			
Orientierung	voll orientiert <input type="checkbox"/> / desorientiert: zeitlich <input type="checkbox"/> / situativ <input type="checkbox"/> / örtlich <input type="checkbox"/> / zur Person <input type="checkbox"/>			
Florider Infekt/Antibiotikatherapie: Oja / O nein; kreislaufwirksame Med.: Oja / Onein; parenterale Ernährung: Oja / Onein; ggf. Beatmungsmodus: _____				