

Kontakt Daten:
 Fax: +49 (0)421 408 2599
 E-Mail: NFR-KBO@gesundheitsnord.de

Anmeldebogen
Neurologische Frührehabilitation Phase B

Name: _____ Vorname: _____ Geb.: _____ Geschlecht: W M D

Adresse:

Name, Tel.-Nr. des Angehörigen:

| | | | |
|--|----|------|--------------------------|
| Besteht eine Krankenversicherung? | Ja | Nein | Vorhanden, Vers.-Nummer: |
| Ist eine Rechtsbetreuung notwendig? | Ja | Nein | Vorhanden: |
| Besteht eine Pat.-Verfügung / Vorsorgevollmacht? | Ja | Nein | |

Anmeldende Klinik: Zentrale Tel. Nr.:

Anmeldende Station: Tel. Nr.:

behandelnder Arzt: Datum der Anmeldung:

Neurologische Diagnose (mit Ereignisdatum):

.....

| Besonderheiten | NEIN | JA | Größe: |
|---|------|----|------------|
| Beatmet / NIV | | | Gewicht: |
| Tracheostoma | | | |
| Hinlauffähigkeit; Verhaltensstörung | | | Keim: |
| Isolationspflicht (z.B. MRSA, MRGN, ESBL) | | | |
| Wunden, Dekubitus | | | Ort, Größe |
| Dialysepflicht | | | |

Patient hat: **ZVK** **PEG** **MS** **SPF** **BVK**

Sonstiges:.....

Name / Unterschrift / Telefonnummer des Ausfüllenden:

Bitte einen Kurzarztbrief und einen Frühreha-Barthel-Index anfügen!

| | |
|--|---|
| Erstellt von: M. Elsner (OA NFR); R. Heine, (BPL NFR) | Dateiname: KBO_Neuro_PA_Anmeldung_PhaseB_V1.0_2025_04_25 |
| Geprüft von: Th. Duning (CA Neurologie) | Gültig bis: zur Erstellung einer neuen Version |
| Freigegeben von: Signatur: | Seite 1 von 1 |

NEUROLOGISCHE FRÜHREHABILITATION

Patient: _____
 Fall-Nr.: _____
 Aufnahme: _____
 Entlassung: _____



Datum

| Frühreha-Index | | | | | | | |
|---|-----------|----------|--|--|--|--|--|
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand | ja = - 50 | nein = 0 | | | | | |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | ja = - 50 | nein = 0 | | | | | |
| Intermittierende Beatmung | ja = - 50 | nein = 0 | | | | | |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung, Verwirrtheit | ja = - 50 | nein = 0 | | | | | |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung | ja = - 50 | nein = 0 | | | | | |
| Schwere Verständigungsstörung | ja = - 25 | nein = 0 | | | | | |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | ja = - 50 | nein = 0 | | | | | |
| Frühreha-Index Gesamt-Summe | | | | | | | |

| Barthel-Index | | | | | | | |
|-----------------------------|--|----|--|--|--|--|--|
| Essen | Komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung | 10 | | | | | |
| | Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung | 5 | | | | | |
| | Kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung | 0 | | | | | |
| Aufsetzen & Umsetzen | Komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück | 15 | | | | | |
| | Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) | 10 | | | | | |
| | Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5 | | | | | |
| | Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert | 0 | | | | | |
| sich waschen | Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren | 5 | | | | | |
| | Erfüllt "5" nicht | 0 | | | | | |
| Toilettenbenutzung | Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung | 10 | | | | | |
| | Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich | 5 | | | | | |
| | Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl | 0 | | | | | |
| Baden / Duschen | Selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen | 5 | | | | | |
| | Erfüllt "5" nicht | 0 | | | | | |
| Aufstehen & Gehen | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen | 15 | | | | | |
| | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Gehwagens gehen | 10 | | | | | |
| | Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. <u>Alternativ:</u> Im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5 | | | | | |
| | erfüllt "5" nicht | 0 | | | | | |
| Treppensteigen | Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinuntersteigen | 10 | | | | | |
| | Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter | 5 | | | | | |
| | erfüllt "5" nicht | 0 | | | | | |
| Ankleiden & Auskleiden | Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an und aus | 10 | | | | | |
| | Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind | 5 | | | | | |
| | Erfüllt "5" nicht | 0 | | | | | |
| Stuhlkontinenz | Ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung | 10 | | | | | |
| | Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung | 5 | | | | | |
| | Ist durchschnittlich mehr als 1 x Woche stuhlinkontinent | 0 | | | | | |
| Harnkontinenz | Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | 10 | | | | | |
| | Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems | 5 | | | | | |
| | Ist durchschnittlich mehr als 1 x Tag harninkontinent | 0 | | | | | |
| Barthel Summe | | | | | | | |
| Frühreha-Index Summe | | | | | | | |
| Gesamtsumme | | | | | | | |