



**Anmeldung zur stationären Aufnahme:
Neurologische Frührehabilitation (Station 3B)**

Per Fax: 05221 94 29 1638

Angaben zum Patienten

NAME

Vorname

Geburtsdatum

PLZ

Ort

Strasse, Nr.

Telefonnummer

Unterschrift*

Wahlleistung Chefarztbehandlung

1 Bett Zi

2 Bett Zi

Zusätzliche Kontaktperson

NAME

Vorname

Telefonnummern

Unterschrift*

Klinik für Neurologie

Chefarzt

Prof. Dr. med. Matthias Sitzer

STATIONEN

Stationssekretariat

Stationäre Aufnahme

Befundanforderung

Tel. 94 16 38

Fax 94 29 16 38

station3a.sek@klinikum-herford.de

2A Allgemeine Neurologie

Tel. 94 22 21

Fax 94 29 23 20

3A Schlaganfalltherapie

Tel. 94 22 31

Fax 94 21 38

3B Bewegungsstörungen

Neurodegeneration

Frührehabilitation (Phase B)

Tel. 94 23 31

Fax 94 29 23 31

9B Komfortstation

Tel. 94 23 91

Fax 94 21 93

L2 Neuropalliativ

Tel. 94 27 24

Fax 94 29 27 24

Aktuelle Hauptdiagnose, die die neurologische Frührehabilitation begründet:

Nebendiagnosen:

Fragestellung/Aufgabe/Behandlungsziele:

Zusätzliche Angaben

Infektiös: nein ja , wegen

Covid-19 Abstrich durchgeführt: ja negativ:

Tracheostoma: nein ja

Beatmungspflichtigkeit: nein ja

Übernahmewunsch frühestmöglich

ab (Datum)

Gesetzliche Betreuung nein ja

Name Betreuer

Tel. Betreuer

Hinweis: Bitte Röntgen-/MRT-CDs, Vorbefunde, Adresse Hausarzt und Bundesmedikationsplan mitgeben

Zuweisendes Krankenhaus/Abteilung

Krankenhaus:

Stempel/Unterschrift**

Abteilung:

Station

Arzt (Direkte Durchwahl)

* der Patient (Vertreter) erklärt sich mit der Datenübermittlung und Anmeldung per Faxübermittlung einverstanden

** eine verbindliche Bearbeitung kann nur bei eindeutiger Authentifizierung des Veranlassers stattfinden

Name:

Vorname

Frühreha-Barthel-Index nach Schötle**A) FR-Index**

- | | | | |
|---|-------------------------------|-----------------------------|-----|
| 1. Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veg. Krisen,...) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -50 |
| 2. Absaugpflichtiges Tracheostoma | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -50 |
| 3. Intermittierende Beatmung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -50 |
| 4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -50 |
| 5. Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -50 |
| 6. Schwere Verständigungsstörung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -25 |
| 7. Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | <input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> ja | -50 |

B) Barthel-Index

- | | | | | |
|-----|--|---|--|--------------------|
| 1. | Essen und Trinken („mit Unterstützung“),
wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10 |
| 2. | Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt
(einschließlich Aufsitzen im Bett) | Nicht möglich
Massive Unterstützung
Minimale Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10
15 |
| 3. | Persönliche Pflege
(Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen) | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
0
5 |
| 4. | Benutzung der Toilette
(An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung) | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10 |
| 5. | Baden / Duschen | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
0
5 |
| 6. | Gehen auf ebenem Untergrund | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
10
15 |
| 6a | Fortbewegen mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund
(dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit „nicht
möglich“ bewertet wurde) | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
0
5 |
| 7. | Treppen auf- und absteigen | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10 |
| 8. | An- und Ausziehen
(einschließlich Schuhbinden, Knöpfe schließen) | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10 |
| 9. | Stuhlkontrolle | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10 |
| 10. | Harnkontrolle | Nicht möglich
Mit Unterstützung
Selbstständig | <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> | 0
5
10 |

A)	Frühreha-Index	()
B)	Barthel-Index	()
	Summe	()