

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

Fragebogen für Patienten zur Aufnahme Neurorehabilitation

- Phase B ohne Beatmung
 Phase B mit Beatmung/Beatmungsentwöhnung

- Phase C
 Phase D

Patientendaten *	Kostenträger *
Name _____	Name: _____
Vorname _____	_____
Geb.Datum _____	Sitz: _____
Straße _____	Anmerkungen: _____
PLZ, Ort _____	_____
Tel.-Nr. _____	Selbstzahler: _____

* alternativ Aufkleber

Diagnose(n) mit Datum :

(Bitte Angabe aller medizinisch relevanten Haupt- und Nebendiagnosen!)

Medikamente:

- Temodal
 Chemotherapeutika, welche:
 β -Interferone
 Immunglobuline
 Tysabri
 Erythropoetin
 andere, besondere Med.:

Funktionsstörungen und Hilfsmittel

- Bewusstseinsstörung
 antriebsvermindert soporös
 somnolent komatös / Wachkoma
 Psychosyndrom
 desorientiert fremd- / eigengefährdend
 agitiert / unruhig suizidgefährdet
 Hemiparese Tetraparese
 Ataxie Hypo- / Akinese
 Schluckstörung
 Aphasie / Kommunikationsstörung
 Neglect
 Sehstörungen
 Rollstuhl / Rollator
 Frakturen / Fixateur externe
 Lokalisation: _____ übungsstabil ja / nein
 Sonstiges: _____
(z.B. kardiopulmonale Belastbarkeit)

Angehörige

Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Tel.-Nr. _____

Einweisender Arzt / einweisende Institution / Betreuer

Name _____
Straße _____
PLZ, Ort _____
Tel.-Nr. _____

erfolgte eine Mehrfachanmeldung?

- Ja, Anzahl: _____ Nein

Infektionsstatus

- MRSA ESBL VRE positiv
 HIV positiv
 Hepatitis positiv
 Clostridien Noro-Virus
Wichtige medizinische Prozeduren
 maschinelle Beatmung
 Tracheostoma
 zentraler Venenkatheter
 Ernährung parenteral
 nasogastrale Sonde PEG PEJ
 Ernährung enteral
 transurethraler Blasendauerkatheter
 suprapubischer Blasendauerkatheter

Dialyse

Pflegestufe

- 1 2 3 keine

**Bitte Frühreha-Barthel-Index auf der
Rückseite ausfüllen und
Telefonnummer angeben, vielen Dank!**

Datum, Unterschrift _____

KLINIKEN SCHMIEDER

Neurologisches Fach- und
Rehabilitationskrankenhaus

Datum

Frühreha-Index

1. Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	Ja	- 50			
	Nein	0			
2. Absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja	- 50			
		0			
3. Intermittierende Beatmung	Ja	- 50			
	Nein	0			
4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	ja	- 50			
	nein	0			
5. Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- od. Fremdgefährdung)	ja	- 50			
	nein	0			
6. Schwere Verständigungsstörung	ja	- 25			
	nein	0			
7. Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	ja	- 50			
	nein	0			
	nein	0			
		Σ Pkt. 1 - 7			

Barthel-Index

8. Essen & Trinken	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
9. Umsteigen aus Bett in Rollstuhl / Aufsetzen im Bett	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	15			
10. Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	0			
	selbständig	5			
11. Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
12. Baden und Duschen	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	0			
	selbständig	5			
13. Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	10			
	selbständig	15			
14. Fortbewegung mit Rollstuhl auf ebenen Untergrund (nur falls Item 14 nicht möglich)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	0			
	selbständig	5			
15. Treppen auf- und absteigen	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
16. An- und Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
17. Stuhlkontrolle	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
18. Blasenkontrolle	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
		Σ Pkt. 8 – 18:			

Summe FRI und Barthel:

--	--	--	--