

Fragebogen für Patienten zur Aufnahme Neurorehabilitation in Phase C / 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!)

(kann auch als Ausdruck beigefügt werden)	Wenn Infektionsstatus <input type="checkbox"/> pos bitte ausfüllen ↓		
	4MRGN <input type="checkbox"/>	3MRGN <input type="checkbox"/>	MRSA <input type="checkbox"/>
	Klebsiella <input type="checkbox"/>	Serratia m. <input type="checkbox"/>	A.baumannii <input type="checkbox"/>
	E.coli <input type="checkbox"/>	Enterobacter <input type="checkbox"/>	Pseudomonas <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> oral <input type="checkbox"/> anal <input type="checkbox"/> Urin <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/>		
 <input type="checkbox"/>	Noro <input type="checkbox"/>	CD <input type="checkbox"/>
	VRE <input type="checkbox"/>	HIV <input type="checkbox"/>	Hepatitis <input type="checkbox"/>

Aktuelle Medikamente:

Antibiotika (letzte 6 Monate)

(kann auch als Ausdruck beigefügt werden)	(kann auch als Ausdruck beigefügt werden)
---	---

Funktionsstörungen und Hilfsmittel

- Hemiparese Tetraparese
- Aphasie / Kommunikationsstörung
- Schluckstörung Ernährung parenteral oral
- Erblindung
- Rollstuhl Rollator
- Dekubitus, chronische Wunden Adipositas >150kgKG
- kardiopulmonale Belastbarkeit ja eingeschränkt

Angehörige / Betreuer

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

Einweisender Arzt / einweisende Institution

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

Wichtige medizinische Prozeduren

- Trachealkanüle
- Sauerstoff-Bedarf / O₂-Zufuhr notwendig
- nasogastrale Sonde PEG PEJ
- Stoma:
- transurethraler Blasendauerkatheter
- suprapubischer Blasendauerkatheter
- Dialyse notwendig**

Pflegegrad vorbestehend:

1 2 3 4 5 keiner

Bitte unbedingt den Barthel-Index auf der Rückseite ausfüllen und die Telefonnummer angeben, vielen Dank!

Datum, Unterschrift _____

Motorische Funktionen

Barthel-Index BI (gemäß Hamburger Manual)

1. Essen & Trinken	nicht möglich / Ø PEG	0		
	mit Unterstützung / PEG	5		
	komplett selbständig	10		
2. Aufsetzen & Umsetzen	nicht möglich	0		
	erhebliche Hilfe	5		
	geringe Hilfe	10		
	komplett selbständig	15		
3. sich Waschen	nicht möglich	0		
	komplett selbständig	5		
4. Toilettenbenutzung	nicht möglich	0		
	mit Unterstützung	5		
	komplett selbständig	10		
5. Baden & Duschen	nicht möglich	0		
	komplett selbständig	5		
6. Aufstehen & Gehen	nicht möglich	0		
	mit Rollstuhl selbständig	5		
	mit Hilfsmittel 50m	10		
	komplett selbständig	15		
7. Treppen auf- und absteigen	nicht möglich	0		
	mit Unterstützung	5		
	komplett selbständig	10		
8. An- & Auskleiden	nicht möglich	0		
	mit Unterstützung	5		
	komplett selbständig	10		
9. Stuhlkontinenz	> 1x/Woche inkontinent	0		
	mit Unterstützung	5		
	komplett selbständig	10		
10. Harnkontinenz	> 1x/Tag inkontinent	0		
	mit Unterstützung	5		
	komplett selbständig	10		
(max. 100 Punkte)	Σ Pkt. 1 – 10:			

Kognitive Funktionen

Erweiterter Barthel-Index EBI

11. Verstehen	nicht vorhanden	0		
	versteh einfache Anforderungen	5		
	versteh komplexe Sachverhalte	10		
	ungestört	15		
12. Sich verständlich machen	nicht bzw. fast nicht möglich	0		
	einfache Sachverhalte	5		
	vollständig möglich	15		
13. soziale Interaktion	nicht bzw. fast nicht möglich	0		
	gel. unkooperativ, aggressiv	5		
	ungestört	15		
14. Lösen von Alltagsproblemen	benötigt erhebliche Hilfestellung	0		
	benötigt geringe Hilfestellung	5		
	im Wesentlichen ungestört	15		
15. Gedächtnis, Lernen und Orientierung	desorientiert, Weglauftendenz	0		
	muss häufig erinnert werden	5		
	muss gelegentlich erinnert werden	10		
	im Wesentlichen ungestört	15		
16. Sehen und Neglect	findet sich nicht zurecht	0		
	findet sich in bekannter U. zurecht	5		
	schwere Lesestörung, findet sich zurecht	10		
	im Wesentlichen ungestört	15		
(max. 90 Punkte)	Σ Pkt. 11 – 16:			