

# Anmeldung Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B)



Patientendaten (ggf. großer Aufkleber)	
Name, Vorname	
Geburtsdatum	
Straße	
Ort	
Krankenkasse	
Wahlleistungen	

**Wilhelmsburger Krankenhaus Groß-Sand**  
 Groß-Sand 3 | 21107 Hamburg  
**Anmeldung Sekretariat Dagmar Sturm**  
 Tel. 040 75 205 371 | Fax. 040 75 205 356  
**Oberarzt & Sektionsleitung Dr. Andreas Wefel**  
 Tel. 040 75 205 6422  
**Station G1**  
 Tel. 040 75 205 141 | Fax. 040 75 205 706

Neurologische Hauptdiagnose (Erkrankungsbeginn)	
--	--

Nebendiagnosen		
Dekubitus °/wo		

Hauptsymptome / klinischer Befund (Graduierung) / Verlauf / bes. Medikation		bitte markieren / Freitext
Bewusstseinslage: wach/somnolent Hemiparese Paraparese Tetraparese Apraxie Aphasie Dysphagie Orientierung↓ Kooperation↓		
Mobilisationsgrad/Transfers: Bett Bettkante Sitz Stand bettlägerig rumpfinstabil gehfähig mit Hilfe		
Extremitätenfraktur/en eingeschränkt belastbar		

Status		
<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> Dialyse (Tage)	<input type="checkbox"/> Isolierung
<input type="checkbox"/> stabile Spontanatmung > 48 h (ggf. RS)	<input type="checkbox"/> Körpergewicht > 120 kg	<input type="checkbox"/> MRSA
<input type="checkbox"/> O <sub>2</sub> -Bedarf	<input type="checkbox"/> Antibiose parenteral?	<input type="checkbox"/> ESBL
<input type="checkbox"/> Monitorüberwachung	<input type="checkbox"/> Vacuum-Verband	<input type="checkbox"/> VRE
	<input type="checkbox"/> Fixierung	<input type="checkbox"/> Acinetobacter b.

Aktuelles MRSA-Screening: vorliegend / ausstehend  
 FrühReha-Barthel-Index (FRB) = Barthel-Index (BI) \_\_\_\_\_ + Frühreha-Index (FRI/Schönle) \_\_\_\_\_ =  Punkte

Anmeldende Klinik (Stempel)	Verlegungstermin	Station	Rücksprache behandelnder Arzt	Anmeldedatum
		Telefon	Name	
		Fax	Telefon	
				Unterschrift

Bitte um Mitgabe von relevanten **Röntgenbefunden** auf CD oder Folie.  
**Fax an: 040 75 205 356**

# Anmeldung Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (Phase B)



## Patientendaten (ggf. Aufkleber)

Name, Vorname, Geburtsdatum

## Barthel Index

Essen	10	Komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-versorgung
	5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, <b>aber</b> selbständiges Einnehmen <b>oder</b> Hilfe bei PEG-Beschickung/-versorgung
Transfers	0	Kein selbständiges Einnehmen <b>und</b> keine MS / PEG-Ernährung
	15	<b>Komplett selbständig</b> aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
	10	<b>Aufsicht oder geringe Hilfe</b> (ungeschulte Laienhilfe)
Waschen	5	<b>Erhebliche Hilfe</b> (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
	0	Wird <b>faktisch</b> nicht aus dem Bett transferiert
	5	Vor Ort <b>komplett</b> selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
WC-Benutzung	0	<b>Erfüllt "5" nicht</b>
	10	Vor Ort <b>komplett</b> selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung/ Reinigung
	5	Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/ Reinigung <b>erforderlich</b>
Baden/duschen	0	Benutzt <b>faktisch</b> weder Toilette noch Toilettenstuhl
	5	Selbständiges Baden <b>oder</b> Duschen <b>incl. Ein-/ Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen</b>
	0	<b>Erfüllt "5" nicht</b>
Aufstehen & gehen	15	<b>Ohne Aufsicht oder professionelle Hilfe</b> vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m <u>ohne</u> Gehwagen ( <b>aber ggf. Stöcken / Gehstützen</b> ) gehen
	10	<b>Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe</b> vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen
	5	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <b>alternativ</b> im Wohnbereich komplett selbständig mit Rollstuhl
	0	<b>Erfüllt "5" nicht</b>
Treppensteigen	10	<b>Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/ Gehstützen) mindestens</b> ein Stockwerk hinauf <b>und</b> hinuntersteigen
	5	Mit Aufsicht oder Laienhilfe <b>mindestens</b> ein Stockwerk hinauf <b>und</b> hinunter
	0	<b>Erfüllt "5" nicht</b>
Stuhlkontrolle	10	<b>Ist</b> Stuhlinkontinent, <b>ggf.</b> selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP- Versorgung
	5	<b>Ist durchschnittlich</b> nicht mehr als 1x / Woche Stuhlinkontinent <b>oder benötigt</b> Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/ AP- Versorgung
	0	<b>Ist durchschnittlich</b> mehr als 1x / Woche Stuhlinkontinent
Harnkontrolle	10	Ist harnkontinent <b>oder</b> kompensiert seine Harninkontinenz/ versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg ( <b>kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche</b> )
	5	Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x / Tag Einnässen <b>von Kleidung oder Bettwäsche</b> ) <b>oder benötigt</b> Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
	0	<b>Ist durchschnittlich</b> mehr als 1x / Tag harninkontinent
		BI <input type="text"/>

## FrühReha-Index (Schönle)

Rehabilitations- erschwerisse	-50	Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand
	-50	Absaugpflichtiges Tracheostoma
	-50	Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung
	-50	Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- oder Fremdgefährdung)
	-50	Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
	-25	Schwere Verständigungsstörung
		FRI <input type="text"/>

**BI + FRI =  $\Sigma$**

Bitte um Mitgabe von relevanten Röntgenbefunden auf CD oder Folie.

**Fax an: 040 75 205 356**