



Anmeldung

Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen
 Am Krähenberg 1, 34369 Hofgeismar
 Tel.: 05671/50720, Fax: 05671/5072-223
 patientenplanung@ekh-gesundbrunnen.de



Neurologische Frührehabilitation Phase B **

Patient(in): _____
 Name: _____ Geb.datum: _____
 Anschrift, Tel.: _____
 Krankenkasse: _____

Zuzahlungspfl. Wahlleistung:
 Chefarztbehandlung [] JA [] NEIN
 1 Bett-Zimmer [] JA [] NEIN
 2 Bett-Zimmer [] JA [] NEIN
 Pflegegrad: _____ stationär seit: _____

Angehörige: _____
 (Betreuer) Name, Adresse _____ Telefon _____

Hauptdiagnose: _____
 Krankheitsbeginn _____

Relev. Nebendiagnosen: _____

Bemerkungen: _____
 Verlauf, Komplikationen, Ziel, spez. Medikation ... _____

Bewusstsein: wach Vigilanzstörung Koma
Kognitiver Status: o. B. verwirrt aggressiv/selbstgefährdend Weglauftendenz Neglect
Aphasie, Dysarthrie: Nein Ja _____
Schluckstörung: Nein Ja, versorgt mit: Nasensonde PEG Parenterale Ern. Port
DK: Nein Ja, transurethral suprapubisch
Dialyse: Nein Ja _____
Dekubitus/Wunde: Nein Ja _____ Abstrich erfolgt _____
MRSA/MRGN/VRE: Nein Ja _____ Besiedelung Infektion Isolierung erforderlich
körperl. belastbar: voll reduziert Extremitäten-Prothese: _____
Osteosynthese/TEP voll nicht belastbar teilbelastbar mit _____ kg für ca. _____ Wochen
bei Tracheostoma: Absaugfrequenz: _____ CPAP:

Barthel-Index (aktuell)		bitte [X] ankreuzen		
		nicht möglich	mit Hilfe	selbstständig
1.	Essen und Trinken	[0]	[5]	[10]
2.	Umsteigen aus dem Bett in den Rollstuhl und umgekehrt	[0]	[5]	[15]
3.	Persönliche Pflege	[0]	[0]	[5]
4.	Benutzung der Toilette	[0]	[5]	[10]
5.	Baden/Duschen	[0]	[0]	[5]
6.	Gehen auf ebenem Untergrund	[0]	[10]	[15]
6a.	Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund	[0]	[0]	[5]
7.	Treppen auf- und absteigen	[0]	[5]	[10]
8.	An- und Ausziehen	[0]	[5]	[10]
9.	Stuhlkontrolle	[0]	[5]	[10]
10.	Harnkontrolle	[0]	[5]	[10]
**	für NFR bitte zusätzlich angeben:		JA	NEIN
	a) intensivmed. überwachungspfl. Zustand		[- 50]	[0]
	b) absaugpflichtiges Tracheostoma		[- 50]	[0]
	c) intermittierende Beatmung		[- 50]	[0]
	d) beaufsichtigungspfl. Orientierungsstörung		[- 50]	[0]
	e) beaufsichtigungspfl. Verhaltensstörung		[- 50]	[0]
	f) schwere Verständigungsstörung		[- 25]	[0]
	g) beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		[- 50]	[0]

Zuweisendes Krankenhaus / Praxis:
 (Stempel) _____

Station: _____ **Tel.:** _____

Sozialdienst:
 (Ansprechpartner, Planung) _____

Verlegung möglich ab:
 (Bitte Röntgen, CT etc. mitgeben) _____

Beh. Arzt / Ärztin: _____
Datum: _____
Unterschrift: _____