



**AKTUELLER BEFUND :**

**Körperlicher Zustand :**

Größe: ..... cm

Gewicht: .....kg

**Komplikationen :**

- |                       |                          |                          |
|-----------------------|--------------------------|--------------------------|
|                       | <i>ja</i>                | <i>nein</i>              |
| Dysphagie / Pneumonie | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dialysepflichtig      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Dekubitus             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Krampfanfälle         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Isolierungspflichtige Keime**

- |               |                          |                          |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
|               | <i>ja</i>                | <i>nein</i>              |
| MRSA / 4MRGN  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3MRGN / VRE   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Lokalisation: |                          |                          |

.....  
 Sonstige (SARS-CoV-2, Clostr. diff. usw)

**Ernährung :**

- |                 |                          |                          |
|-----------------|--------------------------|--------------------------|
|                 | <i>ja</i>                | <i>nein</i>              |
| Parenteral/ZVK  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Magen-Sonde/PEG | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| oral            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Bewusstseinslage:**

- |                         |                          |                          |
|-------------------------|--------------------------|--------------------------|
|                         | <i>ja</i>                | <i>nein</i>              |
| komatös                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| reagiert auf Außenreize | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| agitiert                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| kooperationsfähig       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| orientiert : zur Person | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| örtlich                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| zeitlich                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Suizidgefahr            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Medikation:**

- |                                       |                          |                          |
|---------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Katecholamine?                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Zytostase?                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Reserve-Antibiotika?                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Sonstige außergewöhnliche Medikamente |                          |                          |

**FR-Index <sup>1</sup>:**

- |   |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|
|   | <i>ja</i>                | <i>nein</i>              |
|   | - 50                     | 0                        |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Absaugpflichtiges <b>Tracheostoma</b>                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Intermittierende <b>Beatmung</b>  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (eigen- / Fremdgefährdung) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung                               | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
|   | <i>ja</i>                | <i>nein</i>              |
|   | - 25                     | 0                        |
| Schwere Verständigungsstörung   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**Summe:**

**Barthel-Index (Alltagsfunktionen)<sup>2</sup>:**

Essen und Trinken

|             |               |  |               |
|-------------|---------------|--|---------------|
| Selbständig | Unterstützung |  | Nicht möglich |
| 10          | 5             |  | 0             |

Aufsetzen und Umsetzen

|             |                         |                  |               |
|-------------|-------------------------|------------------|---------------|
| Selbständig | Aufsicht, Geringe Hilfe | Erhebliche Hilfe | Nicht möglich |
| 15          | 10                      | 5                | 0             |

Sich waschen

|             |  |  |               |
|-------------|--|--|---------------|
| Selbständig |  |  | Nicht möglich |
| 5           |  |  | 0             |

Toilettenbenutzung

|             |                         |  |               |
|-------------|-------------------------|--|---------------|
| Selbständig | Unterstützung, Aufsicht |  | Nicht möglich |
| 10          | 5                       |  | 0             |

Baden / Duschen

|             |  |  |               |
|-------------|--|--|---------------|
| Selbständig |  |  | Nicht möglich |
| 5           |  |  | 0             |

Aufstehen und Gehen

|             |               |                  |               |
|-------------|---------------|------------------|---------------|
| Selbständig | Geringe Hilfe | Erhebliche Hilfe | Nicht möglich |
| 15          | 10            | 5                | 0             |

Treppensteigen

|             |               |  |               |
|-------------|---------------|--|---------------|
| Selbständig | Unterstützung |  | Nicht möglich |
| 10          | 5             |  | 0             |

An- und Auskleiden

|             |               |  |               |
|-------------|---------------|--|---------------|
| Selbständig | Unterstützung |  | Nicht möglich |
| 10          | 5             |  | 0             |

Stuhlkontinenz

|             |               |  |               |
|-------------|---------------|--|---------------|
| Selbständig | Unterstützung |  | Nicht möglich |
| 10          | 5             |  | 0             |

Harnkontinenz

|             |               |  |               |
|-------------|---------------|--|---------------|
| Selbständig | Unterstützung |  | Nicht möglich |
| 10          | 5             |  | 0             |

**Summe:**

**EINWEISENDE KLINIK :**

(Stempel)

**Ansprechpartner:** .....

**Telefon:** .....

**Telefax:** .....

**Datum :** .....

**Anmeldebogen bitte per Fax an:**

**06381-93-5716**

<sup>1</sup> Frühe Phasen der Neurologischen Rehabilitation: Differentielle Schweregradbeurteilung bei Patienten in der Phase B (Frührehabilitation) und in der Phase C (Frühmobilisation / Postprimäre Rehabilitation) mit Hilfe

des Frühreha-Barthel-Index (FRB). Schönle PW. Neurol Rehabil 1996; 1: 21-25.