

Anlage Früh-Reha Barthel Index

(Stempel der anfordernden Klinik/Station)

An die Geriatrie Einrichtung

Fax 040-2092-1500

(Großer Patientenaufkleber mit Adresse, GKV/PKV-Angabe)	Datum Verlegungswunsch:
	<input type="checkbox"/> Stationäre Maßnahme <input type="checkbox"/> Tagesklinik
	Wahlleistung <input type="checkbox"/> 1-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> 2-Bett-Zimmer <input type="checkbox"/> Chefarzt
	Kontaktdaten Angehörige
	Kontaktdaten gesetzlicher Betreuer
Hausarzt	
Pflegegrad <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> keinen	Kamen bisher freiheitsentziehende Maßnahmen zur Anwendung? <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein

Diagnosen (Hauptdiagnose, Akutereignis/Operationen, ICD 10)	Alkoholabusus <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Delir <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	Anus praeter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Depression <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	<input type="checkbox"/> Demenz (Verhaltensauffälligkeiten benennen):
	<input type="checkbox"/> Dekubitus mit Lokalisation <input type="checkbox"/> Wunde mit Lokalisation
	Dialyse <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
	PEG <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein
Sprach-, Sprechstörung <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
Tracheostoma <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	

Isolation Nein Ja, wegen:
 3MRGN 4MRGN VRE MRSA Clostridium diff. andere: _____

Behandlungsrelevante Nebendiagnosen

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> internistisch | <input type="checkbox"/> gastroenterologisch |
| <input type="checkbox"/> kardiologisch | <input type="checkbox"/> pulmonologisch |
| <input type="checkbox"/> onkologisch | <input type="checkbox"/> neurologisch |
| <input type="checkbox"/> orthopädisch | <input type="checkbox"/> psychiatrisch |

Nähere Bezeichnungen:

Therapieverschlagn zum gegenwärtigen Zeitpunkt

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transfererleichterung | <input type="checkbox"/> Rückkehr nach Hause |
| <input type="checkbox"/> ADL Verbesserung | <input type="checkbox"/> Pflegeerleichterung <input type="checkbox"/> Förderung der Rekonvaleszenz |

Therapieschwerpunkte

- | | | | | |
|---|---|---|------------------------------------|---------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> Neuropsychologie | <input type="checkbox"/> Neglect | <input type="checkbox"/> Psyche |
| <input type="checkbox"/> Demenz | <input type="checkbox"/> Sprach-, Sprechstörungen | <input type="checkbox"/> Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> Logopädie | |

Nur bei Extremitätenverletzung

-
- Vollbelastung
-
- Teilbelastung: _____ kg
-
- Entlastung

 Hilfsmittel:

Datum	Unterschrift anmeldende/r Arzt/Ärztin
Ersteller: Wegert, Stefanie	Freigabedatum: 12.08.2021
Dateiname: 0007428_4.docx	

Gültig für Standort: EIL