

**Kontaktaufnahme für Terminabsprachen:**

Aufnahmemanagement für selbständig atmende Patienten: **Tel. 040 / 2092 1234**  
 Aufnahmearzt für beatmete Patienten (auch CPAP): **Tel. 040 / 2092 1776**

**Bitte zurück per Fax 040 / 2092 2552**

**Patientenanmeldung zur neurologischen  
Frührehabilitation für**

Patientenaufkleber

Zentrum für Neurologie und  
Neurorehabilitation  
Dehnhaiide 120  
22081 Hamburg

Daniel Wertheimer, Chefarzt  
[dwertheimer@schoen-klinik.de](mailto:dwertheimer@schoen-klinik.de)

Dr. Jürgen Lambrecht, Ltd. Arzt  
[jlambrecht@schoen-klinik.de](mailto:jlambrecht@schoen-klinik.de)

Sekretariat: Michaela Reiß  
[mreiss@schoen-klinik.de](mailto:mreiss@schoen-klinik.de)  
Tel +49 40 2092-1671

---

**Krankenversicherung / Versicherungsnummer (zwingend erforderlich)**

---

Name, Vorname und Telefonnummer des Angehörigen und / oder Betreuers

**Diagnosen / Verlauf:** (bitte Hauptdiagnose unterstreichen)

**- Bitte Bildmitgabe bei Verlegung -**

<b>Besonderheiten</b>	keine <input type="checkbox"/>	Beatmung <input type="checkbox"/>	Trachealkanüle <input type="checkbox"/>	Überwachungspflicht <input type="checkbox"/>
	EVD <input type="checkbox"/>	Fixierung <input type="checkbox"/>	KG > 120 kg <input type="checkbox"/>	Dialyse <input type="checkbox"/>
<b>Ernährung</b>	oral <input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	Magensonde <input type="checkbox"/>
<b>Isolation</b>	keine <input type="checkbox"/>	VRE <input type="checkbox"/>	Acinetobacter <input type="checkbox"/>	MRSA <input type="checkbox"/>
	andere MRE:			
<b>Fieber</b>	kein <input type="checkbox"/>	Pneumonie <input type="checkbox"/>	andere Infekt. <input type="checkbox"/>	VAC-Pumpe <input type="checkbox"/>

<b>Wahlleistungen:</b>	<b>Chefarztbehandlung</b> <input type="checkbox"/>	<b>1-Bett-Zimmer</b> <input type="checkbox"/>	<b>2-Bett-Zimmer</b> <input type="checkbox"/>
------------------------	--	---	---

**Besonderheiten:**

**Arzt:** \_\_\_\_\_

(Bitte Druckbuchstaben)

**Klinik / Station:** \_\_\_\_\_

**Telefon-Nr.:** \_\_\_\_\_ **Fax-Nr.:** \_\_\_\_\_

Datum:

## Frühreha-Barthel-Index

### A.) Früh-Reha-Index

Tracheostoma	- 50	
<b>Absaugungspflichtiges</b> Tracheostoma	- 50	
intermittierende <b>Beatmung</b> ( auch CPAP od. NIV )	- 50	
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung ( <b>Verwirrtheit</b> )	- 50	
Beaufsichtigungspflicht. Verhaltensstörung ( <b>Eigen- oder Fremdgefährdung</b> )	- 50	
beaufsichtigungspflichtige <b>Schluckstörung</b>	- 50	
schwere Verständigungsstörung ( <b>Aphasie</b> )	- 25	

**FrühReha-Index ( minus 25 bis minus 325 ) ( Summe A ): - \_\_\_\_\_**

### B.) Barthel-Index

1.) Essen und Trinken ( „mit Unterstützung“ ), wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
2.) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt ( einschl. Aufsitzen im Bett )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
3.) Persönliche Pflege ( Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
4.) Benutzung der Toilette ( An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
5.) Baden / Duschen	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
6.) Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
6a) Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund ( dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit „nicht möglich“ bewertet wurde )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
7.) Treppen auf-/absteigen	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
8.) An-/Ausziehen ( einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
9.) Stuhlkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
10.) Harnkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	

**Barthel-Index ( 0 bis plus 100 ) ( Summe B ) + \_\_\_\_\_**

**Frühreha-Barthel-Index ( A + B ):**

Pat. Name / Aufkleber

Station:

Intensiv

IMC

Tel.:

Datum:

Untersucher:

Handzeichen:

**Bitte ausgefüllt zurück per Fax an 040/2092-2552**