



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

Dr. Jürgen Lambrecht, Ltd. Arzt
jlambrecht@schoen-klinik.de

Sekretariat: Michaela Reiß
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 -

Besonderheiten	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"/>
Ernährung	oral <input type="checkbox"/>	ZVK <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	Magensonde <input type="checkbox"/>
Isolation	keine <input type="checkbox"/>	VRE <input type="checkbox"/>	Acinetobacter <input type="checkbox"/>	MRSA <input type="checkbox"/>
	andere MRE:			
Fieber	kein <input type="checkbox"/>	Pneumonie <input type="checkbox"/>	andere Infekt. <input type="checkbox"/>	VAC-Pumpe <input type="checkbox"/>

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

Besonderheiten:

Arzt: _____

(Bitte Druckbuchstaben)

Klinik / Station: _____

Telefon-Nr.: _____ **Fax-Nr.:** _____

Datum:

Frühreha-Barthel-Index

A.) Früh-Reha-Index

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