



Anmeldende Klinik: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Abteilung: \_\_\_\_\_ Station: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

**Patient**

Name: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_ Geb.: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_

Kostenträger: \_\_\_\_\_

Diagnosen: \_\_\_\_\_

Datum OP/Akutereignis: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

- Trachealkanüle
- PEG
- Magensonde
- Dauerkatheter
- Isolationspflichtige Keime (z.B. MRSA, ESBL o.ä.)
- Dialyse
- Z. n. Sepsis
- war Beatmung > 4 Tag
- Schluckstörung
- Aphasie
- Orientierungsstörung
- Monitoring
- Wundversorgung

**Wahlleistung**

- Chefarzt  Komfortzimmer

**Direktverlegung notwendig**

- Ja  Nein

**Sonstiges:**

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Bereich	Skalierung	
Essen und Trinken	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	10 = selbständig	
Umsteigen aus dem Rollstuhl in Bett und zurück (einschließlich aufrechtes Sitzen im Bett)	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	15 = selbständig	
Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	0 = mit Hilfe	
	5 = selbständig	
Benutzung der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	10 = selbständig	
Baden / Duschen	0 = mit Hilfe	
	5 = selbständig	
Gehen auf ebenem Grund (> 50m)	0 = nicht möglich	
	10 = mit Unterstützung	
	15 = selbständig	
bei Rollstuhlbenutzung Fortbewegung auf ebenem Grund (>50m)	0 = mit Hilfe	
	5 = selbständig	
Treppen auf/absteigen	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	10 = selbständig	
An-/Ausziehen (einschließlich Schuhe binden, Knöpfe schließen)	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	10 = selbständig	
Stuhlkontrolle	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	10 = selbständig	
Harnkontrolle	0 = nicht möglich	
	5 = mit Unterstützung	
	10 = selbständig	
<b>Summe (Minimum -0, Maximum 100 Punkte)</b>		

Ärztlicher Ansprechpartner für medizinische Rückfragen: \_\_\_\_\_

Name, Telefon, Station

**Anmeldung für:**

- Frühreha/Phase B (Barthelindex: 0 – 30)
- weiterführende Reha/Phase C (Barthelindex: 35 – 65)
- weiterführende Reha/Phase D (Barthelindex: ≥70)

- ambulante/teilstationäre Reha (Barthelindex ≥ 80)

**Gewünschter Termin:** \_\_\_\_\_

**Angemeldet durch:** \_\_\_\_\_  
(Bitte in Druckbuchstaben)

**Telefon:** \_\_\_\_\_

Terminbestätigung:

- ins KH  an Patient

\_\_\_\_\_  
 (Unterschrift)