

Föhrenbachklinik

Chefarzt: Dr. med. C. Baumsteiger

Grüner Winkel 2 47551 Bedburg- Hau

Sekretariat Telefon: 02821-81 3501 **Telefax: 02821-81 3597**

Datum:

<p>Patientendaten (ggf. Aufkleber) Name, Vorname Geburtsdatum Straße Wohnort Krankenkasse Wahlleistung <input type="checkbox"/>1BZ <input type="checkbox"/>2BZ <input type="checkbox"/>CA</p>	<p>Absender Krankenhaus Name des Arztes _____ Telefonnummer _____ Verlegung möglich ab (keine Zusage!) _____</p>
---	---

Neurologische Hauptdiagnose	
Nebendiagnosen	
<p>Hauptsymptome (bitte ankreuzen und/oder Freitext nutzen) <input type="checkbox"/>Bewusstseinszustand: _____ <input type="checkbox"/>Orientierungsstörung: _____ <input type="checkbox"/>Verständigungsstörung <input type="checkbox"/>Hemiparese Arm li/re KG ___/5 <input type="checkbox"/>Hemiparese Bein li/re KG ___/5 <input type="checkbox"/>Apraxie <input type="checkbox"/>Neglect <input type="checkbox"/>Aphasie <input type="checkbox"/>Dysarthrie <input type="checkbox"/>sonstiges: _____</p>	
<p>Ernährung <input type="checkbox"/>Kostform: _____ <input type="checkbox"/>oral <input type="checkbox"/>Magensonde(nasal) <input type="checkbox"/>PEG <input type="checkbox"/>Dysphagie <input type="checkbox"/>beaufsichtigungspflichtig</p>	
<p>Mobilisationsgrad (bitte ankreuzen und/oder Freitext nutzen) <input type="checkbox"/>Bett <input type="checkbox"/>Bettkante <input type="checkbox"/>Rumpfstabil <input type="checkbox"/>Sitzfähig in ARS/Rollstuhl <input type="checkbox"/>Gehfähigkeit (<input type="checkbox"/>mit Hilfe) <input type="checkbox"/>Transfer selbständig <input type="checkbox"/>Transfer mit Hilfe <input type="checkbox"/>Transfer mit Lifter</p>	
<p>Hygiene (bitte ankreuzen und/oder Freitext nutzen) <input type="checkbox"/>Isolationspflichtig (Keim und Therapie angeben) _____ <input type="checkbox"/>keine Isolation <input type="checkbox"/>Infektionserkrankung: _____</p>	
<p>Pflegegrad <input type="checkbox"/>keinen <input type="checkbox"/>1 <input type="checkbox"/>2 <input type="checkbox"/>3 <input type="checkbox"/>4 <input type="checkbox"/>5 <input type="checkbox"/>wurde beantragt</p>	<p>Betreuung (bitte ankreuzen und/oder Freitext nutzen) <input type="checkbox"/>nicht erforderlich <input type="checkbox"/>erforderlich, eingeleitet <input type="checkbox"/>Erforderlich, nicht eingeleitet <input type="checkbox"/>Betreuer (Name und Telefon) _____</p>
<p>Versorgung vor der Aufnahme <input type="checkbox"/>selbständig <input type="checkbox"/>zu Hause mit Angehörigen <input type="checkbox"/>zu Hause mit Pflegedienst <input type="checkbox"/>stationäre Unterbringung <input type="checkbox"/>berufstätig</p>	
<p>Besonderheiten (bitte ankreuzen und/oder Freitext nutzen) <input type="checkbox"/>Demenz <input type="checkbox"/>Delir <input type="checkbox"/>eingeschränkte Kooperation <input type="checkbox"/>Körpergewicht > 120kg <input type="checkbox"/>Dialysepflicht <input type="checkbox"/>O2-Bedarf <input type="checkbox"/>absaugpflichtig <input type="checkbox"/>ZVK <input type="checkbox"/>Depressionen/Angststörung <input type="checkbox"/>starke Seh-/Hörbeeinträchtigung <input type="checkbox"/>Schmerz <input type="checkbox"/>Inkontinenz <input type="checkbox"/>DK/SPDK <input type="checkbox"/>Enterostoma <input type="checkbox"/>Tracheostoma <input type="checkbox"/>Wunden/<input type="checkbox"/>Dekubitus: _____ <input type="checkbox"/>Fraktur: _____</p>	
<p>Stationäre Behandlungsbedürftigkeit (bitte ankreuzen und/oder Freitext nutzen) <input type="checkbox"/>instabile Vitalparameter <input type="checkbox"/>i.V. Medikation <input type="checkbox"/>Medikamentöse Umstellung/Neueinstellung <input type="checkbox"/>schwere Verständigungsstörung mit Betreuungs- und Beaufsichtigungsbedarf <input type="checkbox"/>Sonstiges: _____</p>	

Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle

Teil A

Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
Absaugpflichtiges Tracheostoma	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
Intermittierende Beatmung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und./oder Fremdgefährdung)	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0
Schwere Verständigungsstörung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -25 <input type="checkbox"/> 0
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Ja Nein	<input type="checkbox"/> -50 <input type="checkbox"/> 0

Summe A: _____

Essen	Komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG- Beschickung/- Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
	Hilfe bei Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> PEG- Beschickung	<input type="checkbox"/> 5
	Kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG- Ernährung	<input type="checkbox"/> 0
Aufsetzen und Umsetzen	Komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	<input type="checkbox"/> 15
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	<input type="checkbox"/> 10
	Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	<input type="checkbox"/> 5
	Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	<input type="checkbox"/> 0
Waschen	Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/> 5
	Erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 10
	benötigt Hilfe/Aufsicht bei Kleidung oder Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> 0
Baden/ Duschen	Selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen incl. Ein-/ Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	<input type="checkbox"/> 5
	Erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Aufstehen und Gehen	Unabhängig beim Gehen mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (Hilfsmittel erlaubt)	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe Hilfe erforderlich, kann mit Hilfsmittel/Gehwagen mindestens 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
	Nicht selbständig beim Gehen, aber komplett selbständig im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> 5
	Erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	Unabhängig (ggf. Hilfsmittel) mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinuntersteigen	<input type="checkbox"/> 10
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe min. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	<input type="checkbox"/> 5
	Erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
An- und Auskleiden	Unabhängig (ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> 10
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus	<input type="checkbox"/> 5
	Erfüllt „5“ nicht	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontinenz	Ist Stuhlkontinent, ggf. selbständige Versorgung von Enterostoma o.ä.	<input type="checkbox"/> 10
	Ist Stuhlkontinent max.1x/ Tag inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Harnkontinenz	Ist Harnkontinent, ggf. selbständige Versorgung von DK o.ä.	<input type="checkbox"/> 10
	Ist Harnkontinent max.1x/ Tag harninkontinent oder DK o.ä.	<input type="checkbox"/> 5
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/ Tag harninkontinent	<input type="checkbox"/> 0

Summe B: _____

Summe Gesamt: _____