



Anmeldung

Neurologische Frührehabilitation Phase B **

AGAPLESION Ev. Krankenhaus Gesundbrunnen
Am Krähenberg 1, 34369 Hofgeismar
Tel.: 05671/50720, Fax: 05671/5072-223
patientenplanung@ekh-gesundbrunnen.de

Patient(in):

Name: _____ Geb.datum: _____

Anschrift, Tel.:

Krankenkasse:

Zuzahlungspfl. Wahlleistung:

Chefarztbehandlung [] JA [] NEIN

1 Bett-Zimmer [] JA [] NEIN

2 Bett-Zimmer [] JA [] NEIN

Pflegegrad: stationär seit: _____

Angehörige:

(Betreuer) Name, Adresse

Telefon

Hauptdiagnose: _____

Krankheitsbeginn

Relev. Nebendiagnosen: _____

Bemerkungen:

Verlauf, Komplikationen,
Ziel, spez. Medikation ...

- Bewusstsein:** wach Vigilanzstörung Koma
- Kognitiver Status:** o. B. verwirrt aggressiv/selbstgefährdend Weglauf tendenz Neglect
- Aphasie, Dysarthrie:** Nein Ja _____
- Schluckstörung:** Nein Ja, versorgt mit: Nasensonde PEG Parenterale Ern. Port
- DK:** Nein Ja, transurethral suprapubisch
- Dialyse:** Nein Ja _____
- Dekubitus/Wunde:** Nein Ja _____ Abstrich erfolgt _____
- MRSA/MRGN/VRE:** Nein Ja _____ Besiedelung Infektion Isolierung erforderlich
- körperl. belastbar:** voll reduziert Extremitäten-Prothese: _____
- Osteosynthese/TEP** voll nicht belastbar teilbelastbar mit _____ kg für ca. _____ Wochen
- bei Tracheostoma:** Absaugfrequenz: CPAP:

Barthel-Index (aktuell)		<i>bitte [X] ankreuzen</i>		
		nicht möglich	mit Hilfe	selbstständig
1.	Essen und Trinken	[0]	[5]	[10]
2.	Umsteigen aus dem Bett in den Rollstuhl und umgekehrt	[0]	[5]	[15]
3.	Persönliche Pflege	[0]	[0]	[5]
4.	Benutzung der Toilette	[0]	[5]	[10]
5.	Baden/Duschen	[0]	[0]	[5]
6.	Gehen auf ebenem Untergrund	[0]	[10]	[15]
6a.	Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund	[0]	[0]	[5]
7.	Treppen auf- und absteigen	[0]	[5]	[10]
8.	An- und Ausziehen	[0]	[5]	[10]
9.	Stuhlkontrolle	[0]	[5]	[10]
10.	Harnkontrolle	[0]	[5]	[10]
** für NFR bitte zusätzlich angeben:		JA	NEIN	
a) intensivmed. überwachungspfl. Zustand		[- 50]	[0]	
b) absaugpflichtiges Tracheostoma		[- 50]	[0]	
c) intermittierende Beatmung		[- 50]	[0]	
d) beaufsichtigungspfl. Orientierungsstörung		[- 50]	[0]	
e) beaufsichtigungspfl. Verhaltenstörung		[- 50]	[0]	
f) schwere Verständigungsstörung		[- 25]	[0]	
g) beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		[- 50]	[0]	

Zuweisendes Krankenhaus / Praxis:
(Stempel)

Station: _____ **Tel.:** _____

Sozialdienst:
(Ansprechpartner,
Planung)

Verlegung möglich ab:
(Bitte Röntgen, CT etc. mitgeben)

Beh. Arzt / Ärztin:

Datum:

Unterschrift: