



# 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 ☐ Weglauftendenz ☐ 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)

bitte [X] ankreuzen

	nicht möglich	mit Hilfe	selbst- ständig
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. Verhaltensstörung	[ - 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:**