

# Patientenanmeldung Neurologische Frührehabilitation

**Albertinen-Krankenhaus**  
**Klinik für Neurologie und Neurologische Frührehabilitation**  
Station A3  
Süntelstraße 11 a  
22457 Hamburg

**Tel.-Nr.: 040 5588-6900**  
**Fax.-Nr.: 040 5588-2919**  
neurologie@albertinen.de

Patientenaufkleber

Angehörige / Gesetzlicher Betreuer (Name, Vorname, Telefonnummer)

**Diagnosen / Verlauf:**

**Zusätzliche Angaben:**

Trachealkanüle     Monitor-Überwachung     Dialyse     Fixierung     Adipositas p.m.

**Katheter / Sonden**     ZVK     PEG     Nasogastrale Sonde     Blasenkatheter     Suprapubischer Blasenkatheter

**Hygiene**     Keine Isolation     MRSA     VRE     3/4MRGN  
 Clostr. difficile    Abstriche vom (Datum):

**Krankenversicherung**     Gesetzliche-KV (Aufnahme von GKV-Pat. ohne Kostenübernahmeantrag möglich!)     Private-KV

**Bemerkungen / Verlegungsfähig ab:**

**Einweisende Klinik / Fachabteilung:**

**Telefon-Nr.:**

**Fax-Nr.:**

Datum

Name des Arztes in Druckbuchstaben

Unterschrift des Arztes

**Bitte Anmeldeformular mit aktuellem Frühreha-Barthel-Index (siehe S. 2) faxen an 040 55 88-2919.**

**In besten Händen, dem Leben zuliebe.**

Pat. Name, Vorname \_\_\_\_\_

## Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle

### (Teil A) FR-Index:

– intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen, Katecholamine)	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 50
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0
– absaugpflichtiges <b>Tracheostoma</b>	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 50
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0
– intermittierende <b>Beatmung</b> (z.B. NIV, CPAP)	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 50
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0
– beaufsichtigungspflichtige <b>Orientierungsstörung</b> (Verwirrtheit)	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 50
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0
– beaufsichtigungspflichtige <b>Verhaltensstörung</b> (mit Eigen-/Fremdgefährdung)	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 50
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0
– schwere <b>Verständigungsstörungen</b> (schwere Aphasie)	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 25
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0
– beaufsichtigungspflichtige <b>Schluckstörung</b>	<b>Ja</b>	<input type="checkbox"/> – 50
	<b>Nein</b>	<input type="checkbox"/> 0

**Summe A:** \_\_\_\_\_

### (Teil B) Barthel-Index:

<b>Aufstehen &amp; Gehen</b>	<b>Unabhängig</b> beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
	Geringe <b>Hilfe</b> erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m gehen	<input type="checkbox"/> 10
	<b>Nicht selbstständig</b> beim Gehen, kann aber <b>Rollstuhl selbst bedienen</b>	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Nicht selbstständig</b> beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
<b>Bett-(Rollstuhl-) Transfer</b>	<b>Selbstständig</b> ohne fremde Hilfe (aus dem Liegen in den Stuhl)	<input type="checkbox"/> 15
	<b>Aufsicht oder geringe Hilfe</b> (ungeschulte Laien)	<input type="checkbox"/> 10
	<b>Erhebliche Hilfe</b> (Fachpersonal)	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Nicht selbstständig</b>	<input type="checkbox"/> 0
<b>Treppensteigen</b>	<b>Unabhängig</b> bei der Bewältigung einer Treppe (mind. ein Stockwerk)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt <b>Hilfe</b> beim Treppensteigen (mind. ein Stockwerk, Laienhilfe)	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Nicht selbstständig</b>	<input type="checkbox"/> 0
<b>Waschen</b>	<b>Selbstständig</b> beim Waschen von Gesicht / Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
	Nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeiten, braucht <b>Unterstützung</b>	<input type="checkbox"/> 0
<b>Baden</b>	<b>Unabhängig</b> in allen Phasen der Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Nicht selbstständig</b> bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
<b>An- und Auskleiden</b>	<b>Unabhängig</b> beim An- und Auskleiden	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt <b>Hilfe</b> , kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Nicht selbstständig</b>	<input type="checkbox"/> 0
<b>Urinkontrolle</b>	Ständig <b>kontinent</b> , ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, <b>max. 1x/Tag inkontinent o. Dauerkatheter</b>	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Häufiger/ständig inkontinent</b>	<input type="checkbox"/> 0
<b>Stuhlkontrolle</b>	<b>Ständig kontinent</b>	<input type="checkbox"/> 10
	Ständig kontinent, <b>max. 1x/Woche inkontinent</b>	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Häufiger/ständig inkontinent</b>	<input type="checkbox"/> 0
<b>Toilettenbenutzung</b>	<b>Unabhängig</b> in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
	Benötigt <b>Hilfe</b> (z.B. bei der Kleidung/Reinigung)	<input type="checkbox"/> 5
	<b>Nicht selbstständig</b> , auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
<b>Essen</b>	<b>komplett selbstständig</b> oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
	<b>Hilfe bei Vorbereitung</b> , aber selbständiges Einnehmen o. <b>PEG-Beschickung</b>	<input type="checkbox"/> 5
	kein selbständiges Einnehmen und <b>keine MS/PEG-Ernährung (z.B. parenteral)</b>	<input type="checkbox"/> 0

**Summe B:** \_\_\_\_\_

**Frühreha-Barthel-Index Gesamtpunktzahl (Summe Teil A+B):**

Datum

Name des Untersuchers (in Druckbuchstaben)

Unterschrift des Untersuchers