

Patientenanmeldung: Neurologische Rehabilitation

Anmeldende Klinik: _____ **Datum:** _____

Fax-Anmeldung 09131/753-2895

Name: _____
 geb.: _____ oder
 Kostenträger: _____



Diagnosen: _____

Besonderheiten:

- Beatmung
- Trachealkanüle
- PEG Magensonde
- Dauerkatheter
- MRSA, ESBL o.ä.
- Einbettzimmer
- Dialyse

Sonstiges:

	n. m.	m. erh. U.	m. U.	m. ger. U.	selbst.
1 Essen / Trinken	0		5		10
2 Umsteigen: Rollstuhl --> Bett	0	5		10	15
3 Persönliche Pflege	0		0		5
4 Toilettenbenutzung	0		5		10
5 Baden / Duschen	0		0		5
6 Gehen	0		10		15
6a Fortbewegung im Rollstuhl	0		0		5
7 Treppen auf- und absteigen	0		5		10
8 An- / Auskleiden	0		5		10
	p. i.		gel. i.		kont.
9 Stuhlkontrolle	0		5		10
10 Harnkontrolle	0		5		10
n. m.	= nicht möglich	m. erh. U.	= mit erheblicher Unterstützung		
m. U.	= mit Unterstützung	m. ger. U.	= mit geringer Unterstützung		
selbst.	= selbstständig	gel. i.	= gelegentlich inkontinent		
kont.	= kontinent	p. i.	= permanent inkontinent		

- Anmeldung für Frühreha/Phase B (Barthelindex: 0 – 30) Neurologische Tagesklinik
- Weiterführende Reha/Phase C (Barthelindex: 35 – 65)

Gewünschter Termin: _____ **Gesamt-Barthel:** _____

Angemeldet durch: _____ **Telefon:** _____
 (Bitte Druckbuchstaben)

 (Unterschrift / Stempel)