

Klinik für Neurologie mit Stroke Unit, Früh-Reha und Schmerzambulanz

Prof. Dr. med. Matthias Strittmatter
Ärztlicher Direktor
Chefarzt

Trierer Straße 148
D-66663 Merzig
www.mzg.shg-kliniken.de

Telefon +49(0)6861/705-0
Durchwahl +49(0)6861/705-1651
Fax +49(0)6861/705-1686

sekretariat.neurologie@mzg.shg-kliniken.de

Datum 9. September 2024

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Voraussetzungen:

- stabile Vitalparameter,
- Übungsstabilität bei Frakturen,
- Abschluss der Akutversorgung, keine infausten Erkrankungen

Beatmete Patienten: In begrenzter Zahl möglich – hierfür bitte separates Anmeldeformular verwenden.

Bitte senden Sie uns das Formular komplett ausgefüllt,
einschließlich **Barthel-Index Teil A + B** per Fax an +49(0)6861/705-1686.

Wir bitten um Ihr Verständnis, dass wir **nur vollständig ausgefüllte Anmeldungen berücksichtigen** können.

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

Patientenetikett

- Klinik: _____
Fachabteilung: _____
Zuständiger Arzt: _____
Telefon Arzt: _____
Fax: _____

- Reha-begründende neurologische Diagnose

--

Neurologisches Defizit (z.B. Parese, Aphasie)

--

Weitere Diagnosen – (alternativ, wenn vorhanden: Arztbrief beifügen)

--

Patientendaten

Angehörige: _____	Tel.: _____
<input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht/Ehegatten-Notvertretung	<input type="checkbox"/> beantragt
ggf. Name: _____	Tel: _____
Pflegegrad: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> beantragt

Besonderheiten keine der untenstehenden

<input type="checkbox"/> Trachealkanüle	ggf. Größe: ____	ggf. Stoma: <input type="checkbox"/> dilatativ <input type="checkbox"/> chirurgisch
<input type="checkbox"/> Dialysepflicht	<input type="checkbox"/> Liquor-Shunt	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Gewicht über 120 kg	ggf.: _____ kg	
<input type="checkbox"/> VAC-Therapie	<input type="checkbox"/> Dekubitus	<input type="checkbox"/> andere Wunden: _____
<input type="checkbox"/> Entero- oder Urostoma, ggf. Materialien:	_____	
<input type="checkbox"/> Fehlende deutsche Sprachkenntnisse, ggf. Sprache:	_____	
<input type="checkbox"/> Spezielle Medikamente (Sonderbestellung, sehr kostenintensiv), ggf. welche:	_____	
<input type="checkbox"/> Multiple antibiotische Therapien, ggf. welche:	_____	

Multiresistente Keime / Isolation nein

<input type="checkbox"/> 4- MRGN	<input type="checkbox"/> 3-MRGN	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> VRE
ggf. Nachweisort: _____			
<input type="checkbox"/> Clostridien	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> HIV	<input type="checkbox"/> Noro

Funktionsstörungen keine der untenstehenden

Psychosyndrom: <input type="checkbox"/> agitiert	<input type="checkbox"/> Weglauftendenz	<input type="checkbox"/> Fixierung erforderlich
Vigilanz: <input type="checkbox"/> somnolent	<input type="checkbox"/> soporös	<input type="checkbox"/> komatös
<input type="checkbox"/> Frakturen ggf. Lokalisation: _____	<input type="checkbox"/> übungsstabil	
<input type="checkbox"/> Erblindung	<input type="checkbox"/> schwere Hypakusis	

Datum: _____

Unterschrift: _____

Teil A: Barthel-Index-Kriterien	Punkte
Essen	
Komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei der PEG-Beschickung/_Versorgung	<input type="checkbox"/> 5
Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung	<input type="checkbox"/> 0
Aufsetzen und Umsetzen	
Komplett selbständig aus der liegenden 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
Sich Waschen	
Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	<input type="checkbox"/> 5
Erfüllt dies nicht	<input type="checkbox"/> 0
Toilettenbenutzung	
Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung	<input type="checkbox"/> 10
Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei der Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderlich	<input type="checkbox"/> 5
Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	<input type="checkbox"/> 0
Baden/Duschen	
Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	<input type="checkbox"/> 5
Erfüllt dies nicht	<input type="checkbox"/> 0
Aufstehen und Gehen	
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m ohne Gehwagen gehen	<input type="checkbox"/> 15
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagen gehen	<input type="checkbox"/> 10
Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen. Alternativ: komplett selbständig im Rollstuhl	<input type="checkbox"/> 5
Erfüllt dies nicht	<input type="checkbox"/> 0
Treppensteigen	
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen	<input type="checkbox"/> 10
Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf und hinunter	<input type="checkbox"/> 5
Erfüllt dies nicht	<input type="checkbox"/> 0

Teil A: Barthel-Index-Kriterien	Punkte
An- und Auskleiden	
Zieht sich in angemessener Zeit selbständig an und aus	<input type="checkbox"/> 10
Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	<input type="checkbox"/> 5
Erfüllt dies nicht	<input type="checkbox"/> 0
Stuhlkontinenz	
Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	<input type="checkbox"/> 10
Ist nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	<input type="checkbox"/> 5
Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Harnkontinenz	
Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen Dauerkatheter komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	<input type="checkbox"/> 10
Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung eines Harnkathetersystems	<input type="checkbox"/> 5
Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	<input type="checkbox"/> 0
	SUMME:

Teil B: Frühreha-Kriterien	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	<input type="checkbox"/> -50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="checkbox"/> -50
Intermittierende Beatmung	<input type="checkbox"/> -50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> -50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> -50
Schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> -25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> -50
	SUMME:

Frühreha-Barthel Teil A + B:	SUMME:
-------------------------------------	---------------

Datum: _____

Unterschrift: _____