

Aufnahmebefundbericht

Neurologische Frührehabilitation / AHB

Beantragung der stationären Rehabilitationsmaßnahme durch:

Krankenhaus / Abteilung: _____
Ansprechpartner: _____
Tel.: _____ FAX.: _____

Für Patient/ -in:

Name:	Vorname:
Geb. am:	Geburtsort:
Straße:	PLZ/Wohnort:
1. Kostenträger:	Vers.-Nr.:
2. Kostenträger:	Vers.-Nr.:

Bezugsperson:

Betreuung (Btg.)	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	beantragt <input type="checkbox"/>
Angehöriger / Betreuer:	_____		
Tel.:	_____		

Vorgeschlagene Fachklinik: _____



Kostenzusage bei Kostenträger beantragt am: _____

Name, Vorname: _____

Beginn der Erkrankung:
(Datum)

Neurologische Aufnahme diagnose:

Begleiterkrankungen:	Aktuelle Medikation:
1	1
2	2
3	3
4	4
5	5

Vitalfunktionen stabil Ja Nein
beatmungspflichtig Ja Nein
assistiert beatmet? Ja Nein
Problemkeime bekannt Ja Nein welche? _____

MRSA – Abstrich (Rachen/Nase; ggf. aus Einstichstellen u. Wunden) entnommen am: _____

MRGN - Abstrich (rektal; ggf. aus Einstichstellen u. Wunden) entnommen am: _____

Neurologische Komplikationen:

Krampfanfälle gen./fokal Ja Nein
Hydrocephalus Ja Nein
Versorgung mit Shunt Ja Nein
Org. Psychosyndrom Ja Nein

Bewußtseinslage:

wach Ja Nein
somnolent Ja Nein
soporös Ja Nein
komatös Ja Nein
Wachkoma, (veg.) Status Ja Nein

Lähmungen:

Hemiparese re. / li. Ja Nein
Paraparese Arme/Beine Ja Nein
Tetraparese Ja Nein
Monoparese Arm/Bein Ja Nein
Spastik Ja Nein
Kontrakturen Ja Nein
Sprach-/Sprechstörung Ja Nein
Schluckstörung Ja Nein

Versorgung mit:

ZVK Nasogastrale Sonde PEG Diabeteskost
 Trachealkanüle Blasenkatheter: urethral suprapubisch
 Decubitus - wenn ja, Lokalisation, Größe und Grad: _____

Name, Vorname: _____

Bisher durchgeführte Diagnostik (bitte vorhandene Befunde beifügen):

CT	ja <input type="checkbox"/>	Datum der letzten Untersuchung _____	nein <input type="checkbox"/>
Kernspintomographie	ja <input type="checkbox"/>	Datum der letzten Untersuchung _____	nein <input type="checkbox"/>
EEG	ja <input type="checkbox"/>	Datum der letzten Untersuchung _____	nein <input type="checkbox"/>
Evozierte Potentiale	ja <input type="checkbox"/>	Datum der letzten Untersuchung _____	nein <input type="checkbox"/>

Rehabilitationsziele bezogen auf Schädigungen und Fähigkeitsstörungen:

1. _____

2. _____

3. _____

Besonderheiten des Einzelfalls:

Dialyse (bitte Dialyseprotokolle dem Antrag beifügen!)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Strahlen- / Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
VAC-Pumpe	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein
Sonstiges	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein

Wird eine Rückübernahme bei Rehabilitationsunfähigkeit garantiert? ja nein

Datum: _____

Name des Arztes/ der Ärztin: _____

Stempel:

Unterschrift: _____

Name: Vorname: geb.: Station:

FR-Index:

	Nein	Ja
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen)	0	-50
absaugpflichtiges Tracheostoma	0	-50
intermittierende Beatmung	0	-50
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-50
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	-50
schwere Verständigungsstörung	0	-25
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50

Summe FR-Index⁽¹⁾: _____**Barthel-Index:****Essen und Trinken**

nicht möglich	0
mit Unterstützung (z. B. Zurechtnehmen von Speisen)	5
selbständig	10

Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)

nicht möglich	0
mit Unterstützung	5
selbständig	15

Persönliche Pflege (Gesichtwaschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)

nicht möglich	0
mit Unterstützung	0
selbständig	5

Benutzung der Toilette (An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)

nicht möglich	0
mit Unterstützung	5
selbständig	10

Baden, Duschen

nicht möglich	0
mit Unterstützung	0
selbständig	5

Gehen auf ebenem Untergrund

nicht möglich	0
mit Unterstützung	10
selbständig	15

Falls Rollstuhlfahrer

Rollstuhlfahren selbständig (nur falls Gehen nicht möglich)	5
--	---

Treppen auf- und absteigen

nicht möglich	0
mit Unterstützung	5
selbständig	10

An- und Ausziehen (einschl. Schuhebinden und Knöpfeschließen)

nicht möglich	0
mit Unterstützung	5
selbständig	10

Stuhlkontrolle

nicht möglich	0
mit Unterstützung	5
selbständig	10

Harnkontrolle

nicht möglich	0
mit Unterstützung	5
selbständig	10

Summe Barthel-Index⁽²⁾: _____

Gesamt-FRI-Barthel-Index bitte wie folgt berechnen:

Summe FR-Index⁽¹⁾ + Summe Barthel-Index⁽²⁾ = _____⁽¹⁾ Bitte beachten: Betrag der FR-Index nicht 0, ist das Vorzeichen negativ!