

<b>Patientenname, Geburtsdatum, Adresse:</b>	<b>Krankenkasse:</b> Vers.-Nr.:
	<b>Angehörige/Betreuer:</b> Telefon: Mobil: E-Mail:

**Diagnosen / Verlauf:**

Besonderheiten:

Fieber / Husten in den letzten 3-5 Tagen oder Kontakt zu einem COVID 19 Pat.

<b>(Be)Atmung</b>	<b>Modus</b>	Absaugen pro Schicht ca:	<b>Suffiz. Spontanatmung</b>	<b>O2 L/Min.:</b>
<b>Trachealkanüle</b>	<b>TK-Typ Größe</b>	<b>ZVK</b>	Datum Anlage:	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> TNS Koststufe
<input type="checkbox"/> Fieber	<input type="checkbox"/> Pneumonie	<input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt		Sonst.
<input type="checkbox"/> Isolierung	<input type="checkbox"/> MRSA	<input type="checkbox"/> 3 /4 MRGN; Bitte Antibiogramm	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Clostr.diff.-Diarrhoe
<input type="checkbox"/> KG > 130 kg	<b>Fixierung:</b> <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> LVEF < 30%		<input type="checkbox"/> Dialyse

<b><u>Zuständiger Arzt oder Ärztin</u></b>	<b><u>Klinik / Station</u></b>	<b><u>Bitte Rö-CD &amp; Antibiogramme mitgeben !!!</u></b>
--	--------------------------------	--

<b>Tel.-Nr.:</b>	<b>Fax-Nr.:</b>
------------------	-----------------

**Bitte Rö-CD's, akt. Bak + Labor mitgeben!**  
**Negativer PCR nicht älter als 48 Stunden per Fax am Aufnahmetag zusenden.**

### A.) Früh-Reha-Barthel-Index

Intensivmedizinische Überwachung	- 50	
intermittierende <b>Beatmung</b> ( auch CPAP od. NIV )	- 50	
Absaugpflichtiges <b>Tracheostoma</b>	- 50	
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung ( <b>Verwirrtheit</b> )	- 50	
Beaufsichtigungspflicht. Verhaltensstörung ( <b>Eigen- oder Fremdgefährdung</b> )	- 50	
beaufsichtigungspflichtige <b>Schluckstörung</b>	- 50	
schwere Verständigungsstörung ( <b>Aphasie</b> )	- 25	

FrühReha-Index ( minus 25 bis minus 325 ) ( Summe A ) : - \_\_\_\_\_

### B.) Barthel-Index

1.) Essen und Trinken ( „mit Unterstützung“ ), wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden <b>PEG / MS = 5 Pkte</b>	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
2.) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt ( einschl. Aufsitzen im Bett )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
3.) Persönliche Pflege ( Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
4.) Benutzung der Toilette ( An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
5.) Baden / Duschen	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
6.) Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
6a) Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund ( dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit „nicht möglich“ bewertet wurde )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
7.) Treppen auf-/absteigen	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
8.) An-/Ausziehen ( einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen )	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
9.) Stuhlkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
10.) Harnkontrolle <b>DK = 5 Pkte !</b>	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	

Barthel-Index ( 0 bis PLUS 100 ) ( Summe B ) + \_\_\_\_\_

Pat.Name/Aufkleber

**Früh-Reha-Barthel-Index ( A + B ) :**

Datum:                      Untersucher:

Station-Tel.:

Intensiv     IMC     Stroke     Normal-Stat

**Bitte zurück per Fax: 04524 909-184**