

**Anmeldung zur Fachübergreifenden Frührehabilitation**  
**(Chefarzt: Dr. Th. van de Weyer)**  
**Sekretariat: +49 40 7306-2817 (Frau Holland)**  
**Anmeldung Fax: +49 40 7306-2806**  
**Anmeldung Handy: 0171 2296351**

Einweisende Klinik/Fachabteilung:

Sozialdienst:

Tel.:

ärztlicher Ansprechpartner

Tel.:

Station Tel.:

**Angaben zur Patientin / zum Patienten:**

Name, Vorname:

geb.:

Anschrift:

Tel.:

Beruf:

Geschlecht:  männlich  weiblich

Kostenträger:  GKV  Privat  BG  Sozialamt Versicherungsnummer:

**Aktuelle Diagnosen:**

---

**Beginn der Erkrankung:**

**Begleiterkrankungen:**

**Befund:**

**Atmung:**

- spontan  nicht geblockte TK  geblockte Trachealkanüle  
 invasive Beatmung  NIV  dauerhafte Sauerstoffinsufflation /min

**Intensiv:**

- Monitorüberwachung  Katecholamine  regelm. Bronchoskopien nötig  
 akuter Infekt  
 Dialyse (Dialysezugang:  vor Ort im Krankenhaus  in Dialysepraxis möglich)

**Bewusstsein und Kommunikation:**

- wach  befolgt einfache Aufforderungen  voll kooperativ  
 somnolent  komatös  Orientierungsstörung  Neglect  
 beaufsichtigungspflichtige Verhaltens- oder Orientierungsstörung  
 schw. Verständigungsstörung./ Aphasie  
Fixierung:  3-Punkt  5-Punkt  Sitzhose



# Frührehabilitations-Barthel-Index nach Schönle

## Teil A) Frühreha-Index

	ja	nein
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)	- 50 Punkte	0 Punkte
absaugpflichtiges Tracheostoma	50 Punkte	0 Punkte
intermittierende Beatmung	50 Punkte	0 Punkte
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	50 Punkte	0 Punkte
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	50 Punkte	0 Punkte
schwere Verständigungsstörung	25 Punkte	0 Punkte
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	50 Punkte	0 Punkte

## Teil B) Barthel-Index

<b>Essen</b>	Komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung	10 Punkte
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen	5 Punkte
	Kein selbständiges Einnehmen	0 Punkte
<b>Bett-(Rollstuhl-) Transfer</b>	Selbständig ohne fremde Hilfe aus liegender Position in (Roll-) Stuhl und zurück	15 Punkte
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10 Punkte
	Erhebliche Hilfe	5 Punkte
	Nicht möglich	0 Punkte
<b>Waschen</b>	Unabhängig beim Waschen incl. Frisieren, Zähneputzen, Rasieren	5 Punkte
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	0 Punkte
<b>Toilettenbenutzung</b>	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	10 Punkte
	Hilfe oder Aufsicht bei Toilettenbenutzung oder bei Spülung/Reinigung	5 Punkte
	Benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 Punkte
<b>Baden</b>	Selbständiges Baden/ Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 Punkte
	Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	0 Punkte
<b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren</b>	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15 Punkte
	Ohne Aufsicht/Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50m mit Hilfe eines Gehwagens gehen	10 Punkte
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>oder</u> im Wohnbereich selbständig mit Rollstuhl	5 Punkte
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0 Punkte
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mind. 1 Stockwerk)	10 Punkte
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen (mind. 1 Stockwerk)	5 Punkte
	Kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	0 Punkte
<b>An- und Auskleiden</b>	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Hilfsmittel/Orthesen)	10 Punkte
	Kleidet mindestens den Oberkörper selbst. an und aus, sofern Utensilien greifbar	5 Punkte
	Erfüllt „5“ nicht	0 Punkte
<b>Urinkontrolle</b>	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix	10 Punkte
	Ständig kontinent, max. einmal/Tag inkontinent, braucht Hilfe bei DK-Versorgung	5 Punkte
	mehr als 1x/Tag inkontinent	0 Punkte
<b>Stuhlkontrolle</b>	Ständig kontinent, selbständig bei rekt. Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	10 Punkte
	max. einmal/Woche inkontinent, Hilfe bei Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	5 Punkte
	mehr als 1x/Woche Stuhlinkontinent	0 Punkte

Patientenaufkleber oder  
Name:  
Vorname:  
Geburtsdatum:

**Summe Barthelindex (B):**  
**Summe FR-Index (A):**  
**Frühreha-Barthel-Index (A+B):**