

## Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation (Phase B)

### Voraussetzungen

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

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

Bitte senden Sie uns das Formular komplett ausgefüllt, einschließlich Barthel-Index Teil A + B an Fax +49(0)6861/705-1836.

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

Patientenetikett

Klinik für Neurologie mit Stroke Unit,  
Früh-Reha und Schmerzklinik  
Prof. Dr. med. Matthias Strittmatter  
Ärztlicher Direktor, Chefarzt  
Telefon +49(0)6861/705-0  
Durchwahl +49(0)6861/705-1651  
Fax +49(0)6861/705-1836  
[sekretariat.neurologie@mzg.shg-kliniken.de](mailto:sekretariat.neurologie@mzg.shg-kliniken.de)

Klinik .....

Fachabteilung .....

Zuständiger Arzt .....

Arzt Telefon .....

Fax .....

Reha-begründende neurologische Diagnose .....

.....

Neurologisches Defizit (z. B. Parese, Aphasie) .....

.....

Weitere Diagnosen – (Alternativ, wenn vorhanden: Arztbrief beifügen) .....

.....

.....

.....

.....

.....

## Patientendaten

|                                                                                                                                                            |                                    |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|
| Angehörige .....                                                                                                                                           | Telefon .....                      |
| <input type="checkbox"/> Betreuung/Vollmacht/Ehegatten-Notvertretung                                                                                       | <input type="checkbox"/> Beantragt |
| Ggf. Name .....                                                                                                                                            | Telefon .....                      |
| 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"/> Dilativ <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                      |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>Essen</b>                                                                                                                                    |                             |
| 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  |
| <b>Aufsetzen und Umsetzen</b>                                                                                                                   |                             |
| 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  |
| <b>Sich Waschen</b>                                                                                                                             |                             |
| Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren                                                                          | <input type="checkbox"/> 5  |
| Erfüllt dies nicht                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Toilettenbenutzung</b>                                                                                                                       |                             |
| Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inklusive 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  |
| <b>Baden/Duschen</b>                                                                                                                            |                             |
| Selbständiges Baden oder Duschen inklusive Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen                                                          | <input type="checkbox"/> 5  |
| Erfüllt dies nicht                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> 0  |
| <b>Aufstehen und Gehen</b>                                                                                                                      |                             |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen gehen                                        | <input type="checkbox"/> 15 |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m 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  |
| <b>Treppensteigen</b>                                                                                                                           |                             |
| 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  |
| Summe .....                                                                                                                                     |                             |

| Teil A: Barthel-Index-Kriterien                                                                                                                                                                                             | Punkte                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|
| <b>An- und Auskleiden</b>                                                                                                                                                                                                   |                             |
| 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  |
| <b>Stuhlkontinenz</b>                                                                                                                                                                                                       |                             |
| Ist stuhlkontinent, gegebenenfalls 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  |
| <b>Harnkontinenz</b>                                                                                                                                                                                                        |                             |
| 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 ..... |
|------------------------------|-------------|

Klinikum Merzig gGmbH  
Klinik für Neurologie mit Stroke Unit,  
Früh-Reha und Schmerzlinik  
Trierer Straße 148  
D-66663 Merzig  
www.mzg-shg-kliniken.de

Datum .....

Unterschrift .....