

**Fachkliniken Waldeck**

Dr.-Friedrich-Dittmann-Weg 1  
18258 Schwaan

**Fax 03844/880-508**

**Anmeldende Einrichtung:**

Klinik, Station, Telefonnummer

**Anmeldung zur Frührehabilitation Phase B**

**Patientendaten:**

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Wohnort:

**O mit Beatmung**

Tel.: 03844/880-104

**O ohne Beatmung**

Tel: 03844/880-512

**Krankenkasse:** \_\_\_\_\_

**Betreuer** (Name und Telefon): \_\_\_\_\_

**Verlegungstermin** (Wunsch): \_\_\_\_\_

**Diagnosen:**

Rehabilitationsrelevante

Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorbestehender Pflegegrad:

nein  ja, Pflegegrad: \_\_\_\_\_

**Dialysepflichtig:**

nein  
 ja  
falls ja, bitte Dialyseprotokoll als  
gesondertes Fax an Dialysepraxis  
Güstrow: 03843/3459819

**MRSA/andere MRE oder  
isolationspfl. Erreger:**

nein  
 ja (Erreger, Lokalisation):

\_\_\_\_\_

**Aktuelle Medikation:** \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Beatmung:** Beginn Beatmung (Datum): \_\_\_\_\_

Aktuelle Beatmungsparameter:

Beatmungsmodus: \_\_\_\_\_

Beatmungspausen: \_\_\_\_\_

FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub> Flow in Beatmungspause: \_\_\_\_\_ l/min

P<sub>insp</sub>: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_

Vorbestehend Respiratorabhängig O ja O nein  
falls ja, zuvor versorgt mit: \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

*Vigilanz* (wach, schläfrig, komatös, HOPS):  
\_\_\_\_\_

*Zu- und Ableitungen:*

O PEG O nasogastrale Sonde O PEJ  
O Tracheostoma seit: \_\_\_\_\_ O dilatativ O plastisch  
O ZVK O Dialysekatheter O Drainagen (bei Verlegung):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

*Sonstiges* (z.B. LifeVest, Medikamentenpumpen, VAC-Verband etc.):  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**SARS-CoV-2 – Status:**

geimpft Datum 2. Impfung: \_\_\_\_\_ Datum Booster-Impfung: \_\_\_\_\_  
Impfstoff: \_\_\_\_\_

genesen Datum: \_\_\_\_\_

Kontakt zu SARS-CoV-2 -positiven Personen:  ja, am: \_\_\_\_\_  nein

Datum letzte PCR: \_\_\_\_\_ Ergebnis:  positiv  negativ

Bemerkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Unterschrift/Stempel Arzt

**Frühreha-Barthel-Index (FRB)**

kleiner Patientenaufkleber

**A) FR-INDEX**

	nein	ja	Datum	Datum	Datum
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen ...)	0	-50			
absaugpflichtiges Tracheostoma; O <sub>2</sub> -Gabe	0	-50			
intermittierende Beatmung	0	-50			
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-50			
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- u./o. Fremdgefährd.)	0	-50			
schwere Verständigungsstörung	0	-25			
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50			

**B) BARTHEL - INDEX**

1. Essen und Trinken ("mit Unterstützung", wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschl. Aufsitzen im Bett)	nicht möglich	0			
	sitzfähig	5			
	mit Unterstützung	10			
	selbständig	15			
3. persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)	nicht möglich	0			
	selbständig	5			
4. Benutzung der Toilette (An-/ Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
5. Baden/Duschen	nicht möglich	0			
	selbständig	5			
6. Gehen auf ebenem Untergrund	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	10			
	selbständig	15			
6a) Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund (dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit "nicht möglich" bewertet wurde)	nicht möglich	0			
	selbständig	5			
7. Treppen auf/absteigen	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe zubinden, Knöpfe)	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
9. Stuhlkontrolle	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
10. Harnkontrolle	nicht möglich	0			
	mit Unterstützung	5			
	selbständig	10			
BARTHEL-PUNKTZAHL (B):					
FR-INDEX (A):					
FR-BARTHEL-INDEX-GESAMTZAHL (A + B):					

Untersuchender: