|  |  |
| --- | --- |
| BDH_HO_Logo | **Anmeldung zur neurologischen**  **Frührehabilitation der Phase B** |

**als Krankenhausdirektverlegung (keine Antragstellung bei der Krankenkasse erforderlich!)**

|  |  |
| --- | --- |
| (Patientenaufkleber)  **Patient** (Name, Vorname):  Geburtsdatum:  Anschrift:  Kostenträger/Versicherungsnr.: | (Stempel)  **Anmeldende Klinik:** |
| Bitte faxen an: **BDH-Klinik** **Hess. Oldendorf gGmbH** Greitstr. 18-28, 31840 Hess. Oldendorf **Tel. 05152/781-201****Fax: 05152/781-275** | Name des **Sozialarbeiters** und Durchwahl für Rückfragen:  Name:  Tel.:  Name des **Arztes** und Durchwahl für Rückfragen:  Name:  Tel.: |

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose:**  Hirninfarkt  Hirnblutung  Schädel-Hirn-Trauma \_\_\_\_  Andere:  **Krankheitsbeginn (Datum):** | **Relevante Nebendiagnosen:**  Isolierungspflichtig **(MRSA, MRGN, Clostridien)?**  ja, Keim\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nein  Aktuelle Durchfälle oder Erbrechen?  ja  nein |

|  |
| --- |
| **Privatpatient?**  **ja**  nein |

|  |
| --- |
| **Zustand des Patienten**  Beatmeter Patient:  mit Tracheostoma  mit endotrachealem Tubus  Kardiovaskulär instabiler Patient:  Catecholamingabe  keine Catecholamingabe  Magensonde:  PEG/PEJ  pernasal  Blasenkatheter:  Suprapubisch  Via naturalis  Venöser Zugang:  ZVK  Port  peripherer Zugang |

**Medikamente**

Antimykotika-Therapie

Antikörper-Therapie

Hämophilie-Therapie

antiretrovirale Therapie

andere kostenintensive  
 Medikamente

**Einstufung nach dem Frühreha-Index:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **nein** | **ja** |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand | 0 | -50 |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | 0 | -50 |
| Intermittierende Beatmung | 0 | -50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung | 0 | -50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung | 0 | -50 |
| Schwere Verständigungsstörung | 0 | -25 |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | 0 | -50 |
| **PUNKTSUMME (Minuspunkte)** | (max. -325 Punkte) |  |

**Einstufung nach dem Barthel-Index:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **nicht möglich** | **mit Unterstützung** | **selbständig** |
| 1) Essen und Trinken | 0 | 5 | 10 |
| 2) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett  und umgekehrt | 0 | 5 | 15 |
| 3) Persönliche Pflege (Waschen) | 0 | 0 | 5 |
| 4) Benutzung der Toilette | 0 | 5 | 10 |
| 5) Baden/Duschen | 0 | 0 | 5 |
| 6) Gehen auf ebenem Untergrund | 0 | 10 | 15 |
| 6a) Fortbewegung mit Rollstuhl auf ebenem  Untergrund (nur ausfüllen wenn unter 6 „nicht  möglich“ angekreuzt werden musste) | 0 | 0 | 5 |
| 7) Treppen steigen | 0 | 5 | 10 |
| 8) An-/ und Ausziehen | 0 | 5 | 10 |
| 9) Stuhlkontrolle | 0 | 5 | 10 |
| 10) Harnkontrolle | 0 | 5 | 10 |
| **PUNKTSUMME (Pluspunkte)** | (max. 100 Punkte) |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GESAMTPUNKTZAHL (Frühreha-Barthel-Index):**  Beispiel: Barthel 10, Frühreha -150 = Gesamt -140 Punkte |  |

**Besonderheiten und Kommentare:**

Alle im Rahmen Ihrer Behandlung erfassten personenbezogenen Daten werden nach den Gesichtspunkten der EU DS-GVO verarbeitet. Eine Löschung der erhobenen Daten erfolgt nach Erfüllung der vertragsgegenständlichen Leistungen und im Rahmen gesetzlicher Fristvorgaben. Aufgrund der Transparenzverpflichtung haben Sie jederzeit das Recht, den aktuellen Verarbeitungsbestand Ihrer Daten bei uns abzurufen und sich die im Rahmen Ihrer Behandlung verarbeiteten Daten aufzählen zu lassen (Art. 12).

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

Datum Unterschrift des Arztes