

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: <input type="checkbox"/> Hirninfarkt <input type="checkbox"/> Hirnblutung <input type="checkbox"/> Schädel-Hirn-Trauma _____ <input type="checkbox"/> Andere: Krankheitsbeginn (Datum):	Relevante Nebendiagnosen: Isolierungspflichtig (MRSA, MRGN, Clostridien)? <input type="checkbox"/> ja, Keim _____ <input type="checkbox"/> nein Aktuelle Durchfälle oder Erbrechen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	---

Privatpatient? ja nein

Zustand des Patienten		
Beatmeter Patient:	<input type="checkbox"/> mit Tracheostoma	<input type="checkbox"/> mit endotrachealem Tubus
Kardiovaskulär instabiler Patient:	<input type="checkbox"/> Catecholamingabe	<input type="checkbox"/> keine Catecholamingabe
Magensonde:	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> pernasal
Blasenkatheter:	<input type="checkbox"/> Suprapubisch	<input type="checkbox"/> Via naturalis
Venöser Zugang:	<input type="checkbox"/> ZVK	<input type="checkbox"/> Port
	<input type="checkbox"/> 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