

|  |  |
|--|--|
| <b>Patientenname, Geburtsdatum, Adresse:</b> | <b>Krankenkasse:</b><br>Vers.-Nr.:                           |
|  | <b>Angehörige/Betreuer:</b><br>Telefon:<br>Mobil:<br>E-Mail: |

**Diagnosen / Verlauf:**

Besonderheiten:

Fieber / Husten in den letzten 3-5 Tagen oder Kontakt zu einem COVID 19 Pat.

|                                      |  |   |                              |  |
|--------------------------------------|--|---|------------------------------|--|
| <b>(Be)Atmung</b>                    | <b>Modus</b>   | Absaugen pro Schicht ca:                                  | <b>Suffiz. Spontanatmung</b> | <b>O2 L/Min.:</b>  |
| <b>Trachealkanüle</b>                | <b>TK-Typ Größe</b>  | <b>ZVK</b>  | Datum Anlage:                | <input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> TNS<br>Koststufe |
| <input type="checkbox"/> Fieber      | <input type="checkbox"/> Pneumonie   | <input type="checkbox"/> Harnwegsinfekt                   |                              | Sonst.   |
| <input type="checkbox"/> Isolierung  | <input type="checkbox"/> MRSA  | <input type="checkbox"/> 3 /4 MRGN;<br>Bitte Antibiogramm | <input type="checkbox"/> VRE | <input type="checkbox"/> Clostr.diff.-Diarrhoe                         |
| <input type="checkbox"/> KG > 130 kg | <b>Fixierung:</b> <input type="checkbox"/> ja<br><input type="checkbox"/> zeitweise<br><input type="checkbox"/> nein | <input type="checkbox"/> LVEF < 30%                       |                              | <input type="checkbox"/> Dialyse                                       |

|  |                                |  |
|--|--------------------------------|--|
| <b><u>Zuständiger Arzt oder Ärztin</u></b> | <b><u>Klinik / Station</u></b> | <b><u>Bitte Rö-CD &amp; Antibiogramme mitgeben !!!</u></b> |
|--|--------------------------------|--|

|                  |                 |
|------------------|-----------------|
| <b>Tel.-Nr.:</b> | <b>Fax-Nr.:</b> |
|------------------|-----------------|

**Bitte Rö-CD's, akt. Bak + Labor mitgeben!**  
**Negativer PCR nicht älter als 48 Stunden per Fax am Aufnahmetag zusenden.**

### A.) Früh-Reha-Barthel-Index

|   |      |  |
|---|------|--|
| Intensivmedizinische Überwachung  | - 50 |  |
| intermittierende <b>Beatmung</b> ( auch CPAP od. NIV )                            | - 50 |  |
| Absaugpflichtiges <b>Tracheostoma</b>   | - 50 |  |
| beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung ( <b>Verwirrtheit</b> )           | - 50 |  |
| Beaufsichtigungspflicht. Verhaltensstörung ( <b>Eigen- oder Fremdgefährdung</b> ) | - 50 |  |
| beaufsichtigungspflichtige <b>Schluckstörung</b>                                  | - 50 |  |
| schwere Verständigungsstörung ( <b>Aphasie</b> )                                  | - 25 |  |

FrühReha-Index ( minus 25 bis minus 325 ) ( Summe A ): - \_\_\_\_\_

### B.) Barthel-Index

|   |   |              |  |
|---|---|--------------|--|
| 1.) Essen und Trinken<br>( „mit Unterstützung“ ),<br>wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden<br><b>PEG / MS = 5 Pkte</b>             | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 2.) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt<br>( einschl. Aufsitzen im Bett )  | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 3.) Persönliche Pflege<br>( Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen )   | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 4.) Benutzung der Toilette<br>( An- und Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung )  | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 5.) Baden / Duschen   | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 6.) Gehen auf ebenem Untergrund   | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 6a) Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund<br>( dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit<br>„nicht möglich“ bewertet wurde ) | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 7.) Treppen auf-/absteigen  | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 8.) An-/Ausziehen<br>( einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen )   | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 9.) Stuhlkontrolle  | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |
| 10.) Harnkontrolle<br><b>DK = 5 Pkte !</b>  | nicht möglich<br>mit Unterstützung<br>selbstständig | 0<br>5<br>10 |  |

Barthel-Index ( 0 bis PLUS 100 ) ( Summe B ) + \_\_\_\_\_

Pat.Name/Aufkleber

**Früh-Reha-Barthel-Index ( A + B ):**

Datum:                      Untersucher:

Station-Tel.:

Intensiv     IMC     Stroke     Normal-Stat

**Bitte zurück per Fax: 04524 909-184**