



Patientenname, Geburtsdatum, Adresse

Bitte Aufkleber verwenden !

Krankenkasse

Vers.-Nr.:

Angehörige / Betreuer:



Diagnosen / Verlauf:

Besonderheiten:

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

(Be)Atmung	Modus	Absaugen pro Schicht ca:	Suffiz.Spontan atmung	O2 L/Min.:
Trachealkanüle	TK-Typ Größe	ZVK	Datum Anlage:	<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> TNS 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; Bitte Antibiogramm	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Clostr.diff.-Diarrhoe
<input type="checkbox"/> KG > 130 kg	<input type="checkbox"/> ja	Fixierung <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> LVEF < 30%	<input type="checkbox"/> Dialyse
<u>zuständiger Arzt/in</u>		<u>Klinik / Station</u>		<u>Bitte Rö-CD & Antibiogramme mitgeben !!!</u>
Tel.-Nr.:		Fax-Nr.:		

Bitte Rö-CD's, akt.Bak + Labor mitgeben!



A.) Früh-Reha-Barthel-Index

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

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

B.) Barthel-Index

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