

**Fachklinik Waldeck**  
Zentrum für medizinische Rehabilitation  
Dr.-Friedrich-Dittmann-Weg 1  
18258 Schwaan

**Anmeldende Einrichtung:**  
Klinik, Station, Telefonnummer

**Fax 03844/880-635**

### Anmeldung zur Frührehabilitation Phase B

<b>Patientendaten:</b>
Name, Vorname:
Geburtsdatum:
Wohnort:

**O mit Beatmung**  
Tel.: 03844/880-104

**O ohne Beatmung**  
Tel.: 03844/880-681

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

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

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

#### Diagnosen:

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

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Vorbestehende Pflegestufe:  
 nein     ja, PS 1 2 3

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

**MRSA/andere MRE:**     nein  
                                   ja (Keim, Lokalisation):  
                                  \_\_\_\_\_

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

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

**Vivo 50®** (Fa. Kranz oder Provita Arndt) vorhanden:  ja  nein

Versorgung durch uns erforderlich:  ja  nein

Aktuelle Beatmungsparameter:

Beatmungsmodus: \_\_\_\_\_  
 Beatmungspausen: \_\_\_\_\_  
 FiO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ O<sub>2</sub> Flow in Beatmungspause: \_\_\_\_\_ l/min  
 P<sub>insp</sub>: \_\_\_\_\_ PEEP: \_\_\_\_\_

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

**Besonderheiten:**

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

Zu- und Ableitungen:

PEG       nasogastrale Sonde       PEJ

Tracheostoma seit: \_\_\_\_\_       dilatativ  plastisch

ZVK       Dialysekatheter       Drainagen (bei Verlegung):  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

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

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

Kl. 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 (Gesichtwaschen, 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. Schuhebinden, 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):					

Untersucher: