

# ANMELDEBOGEN ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG

An



Patientenmanagement  
Kolbermoorer Straße 72  
83043 Bad Aibling  
FAX: 08061 / 903-1652

Bei u. g. Patienten besteht die Indikation zur

- Neurologischen Frührehabilitation / Phase B (Krankenhausbehandlung, ASB-Kriterien gemäß Checkliste S. 2 müssen erfüllt sein erfüllt)
- Weiterführenden Rehabilitation in Phase C (formal Reha-Behandlung, kein Krankenhaus-Behandlungsbedarf nach ASB-Checkliste S. 2)

## Patient:

Name: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_

Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Straße: \_\_\_\_\_

Wohnort: \_\_\_\_\_

## Nächste Angehöriger/Betreuer:

Name: \_\_\_\_\_

Anschrift: \_\_\_\_\_

Telefon: \_\_\_\_\_

## Kostenträger:

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Stationäre Maßnahme bei Kostenträger beantragt?

- ja  nein

Ggf. Zusatzversicherung: \_\_\_\_\_

Versicherungsnummer: \_\_\_\_\_

Stationäre Maßnahme bei Kostenträger beantragt?

- ja  nein

Pflegegrad  nein

- beantragt,  1,  2,  3,  4,  5

## Neurologische Hauptdiagnose (obligat)

- zerebralen Ischämie
- intrakraniellen Blutungen
- Critical-illness-Polyneuro-Myopathie/Guillain-Barré-Syndrom
- Schädelhirnverletzungen
- Sonstige: \_\_\_\_\_

- Querschnittssyndrom, Myelopathien
- Hypoxischer Hirnschaden
- Entzündliche Erkrankungen des zentralen oder peripheren Nervensystems
- Neuroonkologische Erkrankungen

## Behandlungsrelevante Nebendiagnosen:

- Herzinsuffizienz
- Akute Infektion (Sepsis, Pneumonie, HWI etc.)
- Akute oder terminale Niereninsuffizienz**
- Respiratorische Partialinsuffizienz

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Überwachungs-/Behandlungsmaßnahmen:

- Monitoring
- maschinelle Atmungstherapie
- maschinelle Beatmung
- Erforderliche Diagnostik:
- Dialyse**

Sonstige: \_\_\_\_\_

## Außergewöhnliche Medikation (insbesondere am Übernahmetag vorzuhalten; außer Routinemedikation)

- \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

Behandlungsschwerpunkte Schön Klinik Bad Aibling Harthausen = AIB ( Akutneurologie, Intensivmedizin, Frühreha



# ANMELDEBOGEN ZUR STATIONÄREN BEHANDLUNG

## Barthel-Index (Hamburger Manual)

Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdstimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen. **Sollten (z.B. je nach Tagesform) stets unterschiedliche Einstufungs-kriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.**

<b>ESSEN</b>	
10	komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung
5	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
0	kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung
<b>AUFSETZEN &amp; UMSETZEN</b>	
15	komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück
10	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
5	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
0	wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
<b>SICH WASCHEN</b>	
5	vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
0	erfüllt „5“ nicht
<b>TOILETTENBENUTZUNG</b>	
10	vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung / Reinigung
5	vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
0	benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
<b>BADEN / DUSCHEN</b>	
5	selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
0	erfüllt „5“ nicht
<b>AUFSTEHEN &amp; GEHEN</b>	
15	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen
5	<u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ:</u> im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
0	erfüllt „5“ nicht
<b>TREPPENSTEIGEN</b>	
10	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinuntersteigen
5	mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter
0	erfüllt „5“ nicht
<b>AN- &amp; AUSKLEIDEN</b>	
10	zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus
5	kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
0	erfüllt „5“ nicht
<b>STUHLKONTROLLE</b>	
10	ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung
5	ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent
<b>HARNKONTROLLE</b>	
10	ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
5	kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
0	ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harnkontinent

Datum

Arzt/Station

Telefon

Unterschrift Arzt/Stempel