

Anmeldung zur neurologischen Frührehabilitation - Phase B

als Krankenhausdirektverlegung (keine Antragstellung bei der Krankenkasse erforderlich!)

Patient (Name, Vorname): (Patientenaufkleber) Geburtsdatum: Anschrift: Kostenträger/Versicherungsnr.:	Anmeldende Klinik: (Stempel)
---	---

 Privatpatient? ja nein

Bitte faxen an: BDH-Klinik-Greifswald gGmbH Karl-Liebnecht-Ring 26a, 17491 Greifswald Tel. 03834- 871- 580 Fax: 03834- 871- 119	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: Relevante Nebendiagnosen:	Krankheitsbeginn: (Datum) _____ 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 Wunden: _____ Covid-Status <input type="checkbox"/> genesen: _____ <input type="checkbox"/> geimpft <input type="checkbox"/> getestet am: _____ Ergebnis: <input type="checkbox"/> negativ <input type="checkbox"/> positiv <small>Bitte beifügen</small>
---	--

Zustand des Patienten:		
Beatmeter Patient:	<input type="checkbox"/> mit Tracheostoma	<input type="checkbox"/> mit endotrachealem Tubus
Kardiovaskulär instabiler Patient:	<input type="checkbox"/> Katecholamingabe	<input type="checkbox"/> keine Katecholamingabe
Magensonde:	<input type="checkbox"/> PEG/PEJ	<input type="checkbox"/> transnasal
Blasenkatheter:	<input type="checkbox"/> suprapubisch	<input type="checkbox"/> transurethral
vaskuläre Zugänge:	<input type="checkbox"/> ZVK / Shaldon-Katheter	<input type="checkbox"/> Port
	<input type="checkbox"/> peripherer Zugang	<input type="checkbox"/> arterieller Katheter
Dialysepflichtig:	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

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:

Datum	Unterschrift des Arztes
-------	-------------------------

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).