

CA Dr. med. Norbert Krause-Pape

Tel.: 04361 513 320

E-Mail: nnf.Oldenburg@ameos.de

Fax.: 04361 513 221

Patientenname, Geburtsdatum, Adresse		Krankenkasse:			
		Vers.-Nr.:			
		<u>Angehörige / Betreuende:</u>			
		Tel.:			
		Mobil:			
		E-Mail:			
Diagnose / Verlauf:					
Besonderheiten:					
(Be)Atmung	Modus		Absaugen pro Schicht ca.:	Suffiziente Spontanatmung	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 Antibio-gramm	<input type="checkbox"/> VRE	<input type="checkbox"/> Clostr.diff.-Diarrhoe	
<input type="checkbox"/> KG > 130 kg	Fixierung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> zeitweise <input type="checkbox"/> nein		<input type="checkbox"/> LVEF < 30%	<input type="checkbox"/> Dialyse	
<u>Zuständiger Arzt oder Ärztin:</u>			<u>Klinik / Station</u>		<u>Bitte Röntgenaufnahmen und Antibio-gramme mitgeben!</u>
Tel.-Nr.:			Fax-Nr.:		
Bitte Röntgenaufnahmen, aktuelle Bakteriologie + Labor mitgeben!					

A.) Früh-Reha-Barthel-Index

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

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

B.) Barthel-Index

1.) Essen und Trinken („mit Unterstützung“), PEG / MS = 5 Pkte wenn Speisen vor dem Essen zurechtgeschnitten werden	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	
2.) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt (einschließlich 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 (einschließlich 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 Punkte!	nicht möglich mit Unterstützung selbstständig	0 5 10	

Pat.-Name / Aufkleber

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

Früh-Reha-Barthel-Index (A + B):

Datum:

Untersucher:

Station-Tel.:

Intensiv IMC Stroke Normal-Station

Bitte zurück per Fax: 04361 513 221