

Anmeldung für die Neurologische Rehabilitation in der Tagesklinik

Gültigkeitsbereich: medbo R WOE PAR AM CHA WEN



Klinik für Neurologische Rehabilitation am Bezirksklinikum Regensburg

Aufnahmeplanung Tagesklinik

93042 Regensburg

Fax: 09 41 / 941 – 38 25

Für Rückfragen: Station 24a, Tel.: 0941-941-3800;

E- Mail: 24a-nro-r@medbo.de

Datum:

Anmeldende Klinik/Arztpraxis/BG/RV:

Adresse:

Telefon Ansprechpartner/in:

Patientenanmeldung

zur teilstationären Neurologischen Rehabilitation in der Tagesklinik
(Privat, BG, Selbstzahler)

zur ambulanten Neurologischen Rehabilitation (Krankenkasse, RV)

zur tagesklinischen Neurologischen Rehabilitation (Akutphase)

Gewünschter Aufnahmeterrmin:

Name:

Vorname:

geb.:

Adresse:

Telefon Patient / Angehörige:

Betreuer: nein

 ja wenn ja: Name:

 Tel.:

 Adresse:

Krankenkasse/Kostenträger:

Wahlleistungs-Anspruch:

 nein

 ja

Diagnosen:

Neurologische Defizite:

Therapieerschwernde:

Therapiebedarf: (Optional auszufüllen) **Schwerpunkt** **Ergänzend**

Physiotherapie:

Ergotherapie:

Sprachtherapie:

Neuropsychologie, Psychotherapie:

Physikalische Therapie:

Therapieziel(e):

Transport zur Einrichtung:	Taxi	Behindertentransport
Öffentliche Verkehrsmittel	Angehörige	Selbstfahrer (Fahreignung?)

Barthel-Index: erfasst am: (Einzelwert bitte markieren)

1. Essen und Trinken

nicht möglich = 0 wenn Essen vorbereitet: selbstständig = 5 selbstständig = 10

2. Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett

nicht möglich / völlig passiv = 0 mit viel = 5 wenig Hilfe = 10 selbstständig = 15

3. Persönliche Pflege (Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen)

nicht möglich = 0 mit Unterstützung / hilft mit = 0 selbstständig = 5

4. Benutzen der Toilette (An-/Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung)

nicht möglich = 0 mit Unterstützung/Hilfsmittel = 5 selbstständig = 10

5. Baden/Duschen

nicht möglich = 0 mit Unterstützung = 0 selbstständig = 5

6. Gehen auf ebenem Untergrund

nicht möglich = 0 mit Unterstützung / Hilfsmittel = 10 selbstständig = 15

6a. Fortbewegung mit dem Rollstuhl auf ebenem Untergrund

(dieses Item nur verwenden, falls das Item 6 mit -0- bewertet wurde)

nicht möglich = 0 mit Unterstützung = 0 selbstständig = 5

7. Treppen auf- / absteigen

nicht möglich = 0 mit Unterstützung = 5 selbstständig = 10

8. An-/Ausziehen (einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)

nicht möglich = 0 zu 50% selbstständig = 5 selbstständig = 10

9. Stuhlkontrolle

inkontinent = 0 gelegentlich inkontinent = 5 völlig kontinent = 10

10. Harnkontrolle

inkontinent / DK = 0 gelegentlich inkontinent = 5 völlig kontinent = 10

Summe 1. – 10.:

Stempel der Klinik

Datum/Unterschrift