

**Anmeldung**

**Neurologische Frührehabilitation**



**ZUWEISENDES KRANKENHAUS**

**Datum** \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

**Ansprechpartner**

Name \_\_\_\_\_

Fachrichtung \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_ Faxnummer \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_

**ANGABEN ZUM PATIENTEN**

Name \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Wohnort \_\_\_\_\_

Krankenkasse \_\_\_\_\_

**BETREUUNG UND ANGEHÖRIGE**

Liegt eine rechtliche Betreuung/Vorsorgevollmacht vor?.....  Ja  Nein

**Angehörige/rechtlicher Betreuer**

Name \_\_\_\_\_

Telefonnummer \_\_\_\_\_

Patientenverfügung.....  Ja  Nein

**Diagnosen, ggf. Vorerkrankungen**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Frühreha-Barthel-Index \_\_\_\_\_

Der Wert wird automatisch durch Anhang 1 ermittelt.

Frailty-Scale \_\_\_\_\_

Der Wert wird automatisch durch Anhang 2 ermittelt.

**Besonderheiten** (z. B. notwendige Diagnostik, Allergien, instabile Frakturen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Patientenname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Beatmung** .....  Ja  Nein

Beatmungsmodus \_\_\_\_\_

**Beatmungsparameter** Inspiratorischer Druck \_\_\_\_\_

Expiratorischer Druck \_\_\_\_\_

FiO<sub>2</sub> \_\_\_\_\_

Frequenz (spontan) \_\_\_\_\_ Frequenz (mandatorisch) \_\_\_\_\_

Feuchte-Nase-Zeiten: \_\_\_\_\_ Dauer tgl. (h)

### Devices

**Intubiert**

**Magensonde**

**Tracheotomie**

Nasogastral

perkutan

Nasojejunal

operativ

PEG

**ZVK**

PEJ

**Shaldon**

**Blasenkateter**

**Arterie**

Transurethral

Suprapubisch

**Nierenersatztherapie** .....  Ja  Nein

Modus \_\_\_\_\_

**Katecholaminpflichtigkeit** .....  Ja  Nein

Dosis \_\_\_\_\_

### Mikrobiologie

Aktueller Infekt \_\_\_\_\_

Antibiose mit \_\_\_\_\_

Negative Abstriche auf MRE: Datum \_\_\_\_\_

Falls positiv:  MRSA  3MRGN  4MRGN  VRE  Clostridien

Acinetobacter spezies  Stenotrophomonans  Corona-SARS 19

**Mobilisation:**  Bettlägrig  Bettkante  Pflegestuhl/Rollstuhl  Gehen/Stehen

**Bitte als PDF abspeichern unter: „NNFR Anmeldung KOS Name, Vorname“**

**Datei mailen an: [neurologie.fruehreha@klinikum-os.de](mailto:neurologie.fruehreha@klinikum-os.de)**

Klinik für Neurologie und neurologische Frührehabilitation

Am Finkenhügel 1-3 · 49076 Osnabrück

Telefon: 0541 405-6521 · Fax: 0541 405-6519

E-Mail: [neurologie.fruehreha@klinikum-os.de](mailto:neurologie.fruehreha@klinikum-os.de)



**IHR**  
**klinikum**  
OSNABRÜCK



## FRÜHREHABILITATIONS-BARTHEL-INDEX (FRB) NACH SCHÖNLE

### Teil A: FR-Index-Kriterien (FR-I)

	Punkte	Bitte auswählen
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	- 50	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	- 50	
Intermittierende Beatmung	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	- 50	
Schwere Verständigungsstörung	- 25	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	- 50	

### Teil B: Barthel-Index-Kriterien (BI)\*

*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 Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen.*

	Punkte	Bitte auswählen
<b>ESSEN</b>		
Komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG-Beschickung/Versorgung	10	
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/Versorgung	5	
Kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG-Ernährung	0	
<b>AUFSETZEN &amp; UMSETZEN</b>		
Komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15	
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10	
Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	
Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	
<b>SICH WASCHEN</b>		
Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5	
Erfüllt „5“ nicht	0	
<b>TOILETTENBENUTZUNG</b>		
Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung	10	
Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung/Reinigung erforderliche	5	
Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	
<b>BADEN/DUSCHEN</b>		
Selbständiges Bader <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5	
Erfüllt „5“ nicht	0	

### AUFSTEHEN & GEHEN

	Punkte	Bitte auswählen
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. Stöcken/Gehstützen) gehen	15	
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10	
Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen Alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	
Erfüllt „5“ nicht	0	

### TREPPENSTEIGEN

	Punkte	Bitte auswählen
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10	
Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5	
Erfüllt „5“ nicht	0	

### AN- & AUSKLEIDEN

	Punkte	Bitte auswählen
Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z. B. ATS, Prothesen) an und aus	10	
Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5	
Erfüllt „5“ nicht	0	

### STUHLINKONTINENZ

	Punkte	Bitte auswählen
Ist stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	10	
Ist durchschnittlich nicht mehr als 1 x pro Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/ AP-Versorgung	5	
Ist durchschnittlich mehr als 1 x pro Woche stuhlinkontinent	0	

### HARNINKONTINENZ

	Punkte	Bitte auswählen
Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10	
Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1 x pro Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	
Ist durchschnittlich mehr als 1 x pro Tag harninkontinent	0	

**FRB = Summe FR-I (Teil A) + BI (Teil B)**

Der Wert wird automatisch durch die ausgewählten Punkte berechnet.



**GEBRECHLICHKEITS-INDEX VOR AUFNAHME AUF DER INTENSIVSTATION  
(CLINICAL FRAILITY SCALE)**

Punkte	Beschreibung	Bitte auswählen
1	<b>Sehr fit</b> für das Alter. Macht regelmäßig Sport/Übungen.	
2	<b>Gut.</b> Keine aktiven Symptome einer Krankheit oder Gebrechlichkeit, macht gelegentlich Sport/Übungen.	
3	<b>Verhältnismäßig gut.</b> Hat medizinische Probleme, die gut kontrolliert werden. Macht keine Übungen/Sport außer regelmäßiges Gehen.	
4	<b>Vulnerabel.</b> Nicht abhängig von anderen, aber Symptome der Krankheit/Gebrechlichkeit begrenzen Aktivitäten des täglichen Lebens. Oft langsam oder müde.	
5	<b>Etwas gebrechlich.</b> Benötigt Hilfe bei schweren Tätigkeiten oder außer Haus.	
6	<b>Moderat gebrechlich.</b> Benötigt Hilfe außer Haus und beim Haushalt. Treppensteigen oder Waschen geht noch mit Hilfe.	
7	<b>Schwer gebrechlich.</b> Vollständig abhängig von der Hilfe anderer, physisch wie kognitiv, dabei stabil.	
8	<b>Sehr schwer gebrechlich.</b> Vollständig abhängig, nahe am Lebensende, kann sich von kleinen Krankheiten nicht erholen.	
9	<b>Terminal krank.</b> Es geht dem Ende des Lebens zu (< 6 Monate).	

**Quelle:** Clinical Frailty Scale, übersetzt durch Nydahl, P, nach Rockwood K, Song X, MacKnight C, Bergman H, Hogan DB, McDowell I, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. CMAJ 2005;173(5):489-95.