

als Krankenhausdirektverlegung (Antragstellung beim Kostenträger im Einzelfall erforderlich!)

BDH-Klinik Vallendar gGmbH Heerstraße 54a, 56179 Vallendar Patientenkoordination  Tel.: 0261/6405 – 195 Arzt.: 0261/6405 – 250 Fax: 0261/6405 – 735  <u><a href="mailto:aufnahme@bdh-klinik-vallendar.de">aufnahme@bdh-klinik-vallendar.de</a></u>	<i>(Stempel)</i>  Anmeldende Klinik:
<i>(Patientenaufkleber)</i> Patient (Name, Vorname):  Geburtsdatum:  Anschrift:  Kostenträger:  Versicherungsnummer:	Ansprechpartner für Rückfragen  Behandelnder Arzt:  Tel.:  Sozialdienst:  Tel.:

*Neurologische Diagnose* (wenn möglich, vorläufigen Arztbrief beifügen):

*Nebendiagnosen:*

***Infektionsstatus:***

- MRSA**             pos.     neg.             kein Screening  
**3MRGN**            pos.     neg.  
**4MRGN**            pos.     neg.  
**VRE**                 pos.     neg.  
 Clostridien       Hepatitis            HIV

Aktuelle Medikation (kann auch als Ausdruck beigefügt werden)

Andere kostenintensive Medikamente

### ***Medizinische Daten***

- Trachealkanüle
- Sauerstoffbedarf/ O<sub>2</sub>-Zufuhr notwendig
- ZVK
- Shunt
- PEG  PEJ  Nasogastrale Sonde  oralisiert
- Stoma
- Transurethraler Blasendauerkatheter
- Suprapubischer Blasendauerkatheter
- Stoma
- Dialyse notwendig / seit wann ohne Dialyse \_\_\_\_\_

### ***Funktionsstörungen und Hilfsmittel***

- Hemiparese
- Tetraparese
- Aphasie/Kommunikationsstörung
- Schluckstörung
- Erblindung
- Rollstuhl
- Rollator
- Chronische Wunden / Lokalisation \_\_\_\_\_  
Therapie:
- Dekubitus / Lokalisation \_\_\_\_\_
- Körpergröße \_\_\_\_\_
- Adipositas >130 kg /Gewicht \_\_\_\_\_
- Frakturen/Fixateur externe
- Lokalisation \_\_\_\_\_ Übungsstabil Ja/Nein

**Angehörige**

- Name
- Anschrift
- Telefonnummer

**Betreuung eingerichtet/Vorsorgevollmacht (wenn möglich mitsenden)**

- Ja, Name \_\_\_\_\_
  - Nein

**Pflegegrad**

- vorhanden
- beantragt
- nicht beantragt

**Bemerkungen:**

Datum: \_\_\_\_\_

Unterschrift: \_\_\_\_\_

## Barthel-Index

<b>A. Frühreha-Barthel-Index</b>	<i>Nein</i>	<i>Ja</i>
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	- 50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	- 50
Intermittierende Beatmung	0	- 50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	- 50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	- 50
Schwere Verständigungsstörung	0	- 25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	- 50
<b>Gesamt:</b>		

<b>B. Barthel-Index</b>			
	<i>nicht möglich</i>	<i>mit Unterstützung</i>	<i>selbständig</i>
1. Essen und Trinken <i>(mit Unterstützung, wenn Speisen zurechtgeschnitten werden)</i>	0	5	10
2. Transfer Bett - Rollstuhl	0	5	15
3. Persönliche Pflege <i>(Gesicht waschen, Kämmen, Rasieren, Zähne putzen)</i>	0	0	5
4. Benutzung der Toilette <i>(An-/Auskleiden, Körperreinigung ...)</i>	0	5	10
5. Baden / Duschen	0	0	5
6. Gehen auf ebenen Grund	0	10	15
6.a. Fortbewegen mit dem Rollstuhl auf ebenem Grund <i>(nur verwenden, wenn unter 6. „nicht möglich“ angekreuzt wurde)</i>	0	0	5
7. Treppen steigen	0	5	10
8. An-/Ausziehen <i>(einschl. Schuhe binden, Knöpfe schließen)</i>	0	5	10
9. Stuhlkontrolle	0	5	10
10. Harnkontrolle	0	5	10
<b>Summe Barthel-Index:</b>			

*(Patientenaufkleber)*

Frühreha-Barthel-Index (A):

Barthel-Index (B):

Gesamtpunktzahl:

Datum, Unterschrift