

als Krankenhausdirektverlegung (Antragstellung beim Kostenträger im Einzelfall erforderlich!)

Bitte faxen an: BDH - Klinik Vallendar Heerstraße 54a, 56179 Vallendar Tel.: 0261/6405 - 195 Fax: 0261/6405 - 735	<i>(Stempel)</i> Anmeldende Klinik:
<i>(Patientenaufkleber)</i> Patient (Name, Vorname): Geburtsdatum: Anschrift: Kostenträger: Versicherungsnr.:	Ansprechpartner für Rückfragen Behandelnder Arzt: Tel.: Sozialdienst: Tel.:

Patient/in

Name, Vorname: _____ geb.: _____

Wohnort: _____

Kostenträger: _____ Vers.Nr.: _____

Neurologische Diagnose: _____

Nebendiagnosen: _____

Besondere Medikation/Antibiose: _____

Tracheostoma: ja nein **Beatmung/Modus:** _____

Betreuung: nein eingeleitet eingerichtet

Ernährung: parenteral MS nasal PEG/PEJ oralisiert

Infektionsstatus: **MRSA** pos. neg. kein Screening

ESBL pos. neg.

VRE pos. neg. Clostridien Hepatitis HIV

Dekubitus: ja _____ nein **Sonstige Wunden:** _____

Bemerkungen: _____

Datum _____ Unterschrift: _____

Barthel-Index

A. Frühreha-Barthel-Index	Nein	Ja
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
Gesamt:		

B. Barthel-Index			
	nicht möglich	mit Unterstützung	selbständig
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 ebenen Grund <i>(dieses Item 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
Summe Barthel-Index:			

(Patientenaufkleber)

Frühreha-Barthel-Index (A): _____

Barthel-Index (B): _____

Gesamtpunktzahl: _____

 Datum, Unterschrift