

--	--

Tel. 04352 / 80-8303
Fax. 04352 / 80-8390

Patientenname	Punkte	X
1. Gehen auf ebenem Untergrund		
selbständig, ggf. mit Hilfsmittel	15	
mit personeller Hilfe	10	
mit Rollstuhl selbständig	5	
völlig unselbständig / Rollstuhl mit Hilfe	0	
2. Treppensteigen		
selbständig	10	
mit Unterstützung	5	
völlig unselbständig / nicht möglich	0	
3. Transfer in den Rollstuhl		
entfällt , da gehfähig, ggf mit Hilfsmittel	15	
Transfer in den Rollstuhl selbständig	15	
mit geringer Unterstützung	10	
mit erheblicher Unterstützung	5	
nicht möglich	0	
4. Essen und Trinken		
selbständig	10	
vorbereitetes Essen selbständig	5	
Essen nur mit Unterstützung	0	
Magensonde / Magenfistel	0	
parenteral	0	
5. Persönliche Körperpflege		
selbständig	5	
mit Unterstützung, Oberkörper selbständig	0	
völlig unselbständig	0	
6. An- und Auskleiden		
selbständig	10	
mit Unterstützung	5	
völlig unselbständig	0	
7. Baden / Duschen		
selbständig	5	
mit Unterstützung	0	
völlig unselbständig	0	
8. Benutzung der Toilette		
selbständig, incl. Richten der Kleidung	10	
mit Unterstützung	5	
nicht möglich	0	
9. Harnkontrolle		
normal	10	
gelegentlich gestört	5	
Urinal	0	
Blasendauerkatheter	0	
suprapubische Fistel	0	
10. Stuhlkontrolle		
normal	10	
gelegentlich gestört	5	
inkontinent	0	
Summe		

Phaseneinteilung: B= <35 / C = 35-70 / D => 70

Geburtsdatum					
Diagnosen:					
Ergänzende Hinweise / Rehabilitationserschwerisse					
11. Lähmungen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Arm</td> <td>re / li</td> </tr> <tr> <td>Bein</td> <td>re / li</td> </tr> </table>	Arm	re / li	Bein	re / li
Arm	re / li				
Bein	re / li				
12. Kontrakturen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> ja <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td>Arm</td> <td>re / li</td> </tr> <tr> <td>Bein</td> <td>re / li</td> </tr> </table>	Arm	re / li	Bein	re / li
Arm	re / li				
Bein	re / li				
13. Decubitus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja wo: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
14. Bewußtsein	<input type="checkbox"/> wach und klar <input type="checkbox"/> längere Phasen der Kontaktfähigkeit <input type="checkbox"/> kurze Kontaktfähigkeit <input type="checkbox"/> apallisches Syndrom <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
15. Orientierung	<input type="checkbox"/> zur Person <input type="checkbox"/> zum Ort <input type="checkbox"/> zur Zeit <input type="checkbox"/> teilweise desorientiert, findet sich auf der Station zurecht <input type="checkbox"/> desorientiert, verläuft sich <input type="checkbox"/> verwirrt <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
16. Motivation und Kooperation	<input type="checkbox"/> kooperativ <input type="checkbox"/> eingeschränkt kooperativ <input type="checkbox"/> nicht kooperativ <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
17. Affekt	<input type="checkbox"/> angemessen <input type="checkbox"/> gehoben <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> suizidal <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
18. Verhaltens-auffälligkeiten	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> distanzlos <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> sonstige : <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
19. Kognitive Störungen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Neglect <input type="checkbox"/> Aufmerksamkeit <input type="checkbox"/> Gedächtnis <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
20. Hören / Sehen	<input type="checkbox"/> normal <input type="checkbox"/> Beeinträchtigung: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
21. Kommunikation	<input type="checkbox"/> über Sprache <input type="checkbox"/> über Schrift <input type="checkbox"/> Blickkontakt <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
22. Sprachstörungen	<input type="checkbox"/> keine <input type="checkbox"/> Artikulation <input type="checkbox"/> Sprachverständnis <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
23. Tracheostoma / Schluckstörungen	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Schluckstörungen / Tracheostoma <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
24. Sprachkenntnisse	<input type="checkbox"/> deutsche Sprache <input type="checkbox"/> gebrochen <input type="checkbox"/> andere: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
25. Komplikationen	<input type="checkbox"/> Atemstörung <input type="checkbox"/> Insulinpflichtig <input type="checkbox"/> Thrombose <input type="checkbox"/> Schrittmacher <input type="checkbox"/> Allergie gegen: <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				
26. Infektionen	MRSA / vergleichbare res. Keime <input type="checkbox"/> Wunde <input type="checkbox"/> Nasen- / Rachenraum Noro-Virus / Clostridium diff. <input type="checkbox"/> Erregernachweis <input type="checkbox"/> klin. Sypmtomatik <table style="float: right; margin-left: 20px;"> <tr> <td style="width: 50px;"></td> <td></td> </tr> </table>				

festgestellt am : _____

Verlegung in REHA-Klinik gewünscht ab: _____

Klinik: _____

Telefon-Nr: _____

Datum / Unterschrift _____

Arzt: _____