

Anmeldebogen zur stationären Behandlung

Stand: 01.09.2002 © W

gem. § 40 Abs. 2 SGB V / § 23 Abs. 4 SGB V (Phase C und D)

in der

AATALKLINIK WÜNNENBERG
In den Erlen 22, 33181 Bad Wünnenberg
Tel.: 0 29 53 / 9 70 - 5 41 Fax: 0 29 53 / 9 70 - 5 45

**Wir bitten um Zusendung einer Kopie
des Befundberichtes!**

Erhebungsdatum: _____

Personalien des Patienten/Versicherten:

weibl. männl.

Patient: _____ Geb-Datum: _____

Straße: _____

PLZ/Ort: _____

Tel.: _____

Kostenträger:

_____ (Bezeichnung, PLZ, Ort)

_____ (Versicherungsnummer)

Zusatzversicherung:

_____ (Bezeichnung, PLZ, Ort)

_____ (Versicherungsnummer)

noch erwerbstätig: ja nein

Einweisungsdiagnosen:

Zeitpunkt der Erkrankung:

Wesentliche Begleiterkrankungen:

Dialyse: ja nein

Die folgenden Angaben ermöglichen uns eine verbesserte Zuordnung des Patienten im Haus.

Benötigte Hilfsmittel:

Gehstützen Prothese Lagerungshilfen Tracheostoma
Rollstuhl Fixateur Verbände Katheter

Barthel-Index

1.	Essen	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
		Braucht Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
2.	Bett-(Rollstuhl-)transfer	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 15
		Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung notwendig	<input type="checkbox"/> 10
		Erhebliche Hilfen oder Beaufsichtigung notwendig	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
3.	Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 0
4.	Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	<input type="checkbox"/> 10
		Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts oder bei der Kleidung /Reinigung	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0

5.	Baden	Unabhängig bei Voll- und Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
6.	Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m gehen Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, min. 50m Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
7.	Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen) Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst Nicht selbständig, kann auch ohne Hilfe nicht eine Treppe steigen	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
8.	An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband) Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
9.	Stuhlkontrolle	Ständig kontinent Eigentlich kontinent, max einmal/Woche inkontinent Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0
10.	Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK/Cystofix Gelegentlich inkontinent, max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung Häufiger/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0

Summe: _____

Kognitive und soziale Aspekte:

		ja	teilweise	nein
- Verstehen	Anweisungen werden verstanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Kommunikation	Kann sich ausreichend verständlich machen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Orientierung	Kann sich ausreichend (räumlich) orientieren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Soziale Intergration	Kann ausreichend Kontakt aufbauen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Belastbarkeit	Bei psychischer Belastung bestehen Probleme	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ziel der Behandlung:

Frührehabilitation (Phase C) Rehabilitation (Phase D) AHB

Aufnahme in der Aatalklinik vorgesehen ab: _____

Kostenübernahme durch den Kostenträger beantragt: ja nein

Krankenhaus / Arzt / Unterschrift / Stempel

Tel.-Nr. für evtl. Rückfragen

Ansprechpartner