

Name: _____	<b>Versorgung mit:</b>	<b>Benötigte Hilfsmittel:</b>
Geb. Datum: _____	ZVK <input type="checkbox"/>	Gehstützen <input type="checkbox"/>
Ja      Nein	PEG <input type="checkbox"/>	Rollator <input type="checkbox"/>
alleinlebend <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	nasogastrale Sonde <input type="checkbox"/>	Rollstuhl <input type="checkbox"/>
pflegerische Weiter- versorgung durch Angehörige möglich <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Trachealkanüle <input type="checkbox"/>	Prothese <input type="checkbox"/>
Betreuung beantragt <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter urethral <input type="checkbox"/>	Fixateur <input type="checkbox"/>
Name des Betreuer/In: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Blasenkatheter suprapubisch <input type="checkbox"/>	Verbände <input type="checkbox"/>
Bemerkung/Besonderheit: _____		Lagerungshilfen <input type="checkbox"/>
		andere: _____

<b>BARTHEL-Index</b> (Bitte Zutreffendes einkreisen und Punktzahl berechnen)		Akut-KH
Essen	Unabhängig – benutzt Geschirr und Besteck Braucht Hilfe z.B. beim Schneiden Total hilfsbedürftig	10 5 0
Rollstuhltransfer	Unabhängig inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil) Minimale Assistenz oder Supervision Kann aufsitzen, brauchst jedoch Hilfe für Transfer Kann sich nicht aufsetzen	15 10 5 0
Pers. Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne Braucht Hilfe	5 0
Benutzung der Toilette	Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel Braucht Hilfe z.B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier Kann nicht auf die Toilette	10 5 0
Baden	Badet ohne Hilfe Badet mit Hilfe	5 0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50m, ggf. mit Gehstützen Geht > 50m mit geringer Hilfe Geht <50m mit geringer Hilfe oder fährt alleine Rollstuhl > 50m Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50m fortbewegen	15 10 5 0
Treppen auf-/absteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehilfe Braucht Hilfe oder Supervision Kann nicht Treppen auf-/absteigen	10 5 0
An-/Ausziehen	Unabhängig Hilfsbedürftig – kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an/aus Total hilfsbedürftig	10 5 0
Stuhlkontrolle	Kontinent Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent Dauernd inkontinent	10 5 0
Harnkontrolle	Kontinent – kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen Teilweise inkontinent – braucht Hilfe beim Katheter Inkontinent – kann Windel, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	10 5 0
<b>Datum:</b> _____		<b>Barthel-Punktzahl:</b>

Zusätzliche Beeinträchtigungen (Frühreha-Index) (Zutreffendes ankreuzen und Punktzahl berechnen)	Nein	Ja
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veg. Krisen,...)	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 Schluckstörungen	0	- 50
<b>Frühreha-Index (FR-Index) Punktzahl</b>	-	

Barthel Punktzahl	
- Frühreha-Index Punktzahl	
<b>= Frühreha-Barthel-Index-Gesamtpunktzahl</b>	