

Anmeldung zur stationären Behandlung in der: Aata Klinik Wünneberg In den Erlen 22 33181 Bad Wünneberg Tel. 02953-970-541 Fax. 02953-970-545	Wir bitten um Zusendung einer Kopie des Befundberichtes!
	Erhebungsdatum:

Personalien des Patienten/Versicherten				
Name Patient		Geb.datum		
Straße		<input type="checkbox"/> weiblich	<input type="checkbox"/> männlich	<input type="checkbox"/> divers
PLZ/Ort				
Telefon				

Kostenträger	Bezeichnung, PLZ, Ort	Versicherungsnummer
Zusatzversicherung	Bezeichnung, PLZ, Ort	Versicherungsnummer
erwerbstätig	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Einweisungsdiagnosen

Begleiterkrankungen		
<input type="checkbox"/> Dialysepflichtig	<input type="checkbox"/> MRSA u.a.	Körpergewicht kg

Derzeit benötigte Hilfsmittel			
<input type="checkbox"/> Gehstütze(n)	<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Prothese	<input type="checkbox"/> Fixateur
<input type="checkbox"/> Verbände	<input type="checkbox"/> Lifter	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Katheter
<input type="checkbox"/> Sonstiges			

Ziel der Aufnahme		
<input type="checkbox"/> Frührehabilitation (Phase c)	<input type="checkbox"/> Rehabilitation (Phase D)	<input type="checkbox"/> AHB

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

A- Frühreha-Index		
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. veget. Krisen)	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0
Absaugpflichtiges Tracheostoma	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0
Intermitt. Beatmung	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- oder Fremdgefährdung)	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0
Schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	<input type="checkbox"/> ja -50	<input type="checkbox"/> nein 0

B- Barthel-Index			
1.	Essen	Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	<input type="checkbox"/> 10
		Braucht Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	<input type="checkbox"/> 0
2.	Transfer	Selbständig ohne fremde Hilfe	<input type="checkbox"/> 15
Bett-Rollstuhl		Mit Unterstützung	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht möglich	<input type="checkbox"/> 0
3.	Waschen	Unabhängig beim Waschen von Gesicht u. Händen, Kämmen und Zähneputzen	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<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	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten	<input type="checkbox"/> 0
6.	Gehen	Unabhängig beim Gehen über 50m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	<input type="checkbox"/> 15
auf Flurebene/ Rollstuhlfahren		Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50m gehen	<input type="checkbox"/> 10
		Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen (50m), auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, mind. 50m	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	<input type="checkbox"/> 0
7.	Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	<input type="checkbox"/> 10
		Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen.	<input type="checkbox"/> 0
8.	An- u. Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett- oder Bruchband)	<input type="checkbox"/> 10
		Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbst	<input type="checkbox"/> 5
		Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird.	<input type="checkbox"/> 0
9.	Stuhlkontrolle	Ständig kontinent	<input type="checkbox"/> 10
		Eigentlich kontinent, maximal einmal/Woche inkontinent	<input type="checkbox"/> 5
		Häufig/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
10	Urinkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung des DK, Cystofix	<input type="checkbox"/> 10
		Gelegentlich inkontinent, max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Blasenableitung	<input type="checkbox"/> 5
		Häufig/ständig inkontinent	<input type="checkbox"/> 0
Summe Barthel -Index (B)			
Summe Frühreha-Index (A)			
Frühreha-Barthel-Index (A+B)			

Aufnahme in der Aatakllinik vorgesehen ab:	
Kostenübernahme beantragt	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Krankenhaus/Arzt/Unterschrift/Stempel

Telefon (für evtl. Rückfragen)

Ansprechpartner