

Sehr geehrte Damen und Herren,
nutzen Sie bitte für eine Anfrage unsere für diesen Zweck eingerichtete
Hotline 0251 / 976 – 5356 oder
ausschließlich dieses Formular und faxen Sie es uns zu.
Wir melden uns zeitnah arbeitstäglich bei Ihnen zurück.
Vielen Dank.

Ludgerus-Kliniken, Clemenshospital
Düesbergweg 124, 48153 Münster

**Department für neurochirurgisch-
neurotraumatologische Frührehabilitation**

Departmentleiter:
Ltd. OA Dr. med. B. Hoffmann
Neurochirurgische Klinik:
Chefärztin Prof. Dr. med. U. Schick

Tel.: 0251 / 976 – 5356
Fax: 0251 / 976 – 5212

Name des Patienten _____ Geb. _____

Krankenkasse _____ anmeldende Klinik _____

Zuständiger Arzt _____

Tel. _____ Fax _____

Diagnose _____

Trachealkanülenträger ja nein

Beatmungspflichtig ja nein

HD-Drainage ja nein

Isolierpflichtig ja nein

Summe FBI _____ Punkte

Wann ist der Patient medizinisch verlegungsfähig? sofort nach Rücksprache

Erstelldatum der Angaben _____

Unterschrift _____

Patient: _____

**Department für neurochirurgisch
neurotraumatologische
Frührehabilitation**
(Departmentleiter Dr. med. B. Hoffmann)

Datum: _____ Untersucher: _____

Intensivmedizinisch überwachungspflichtig		Ja (-50), Nein (0)	
<ul style="list-style-type: none"> Kreislaufinstabilitäten mit Monitoring Pulmonale Instabilitäten mit Monitoring Intensivmedizinisch überwachungspflichtige Begleiterkrankungen 			
Absaugpflichtiges Tracheostoma		Ja (-50), Nein (0)	
Intermittierende Beatmung		Ja (-50), Nein (0)	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörungen		Ja (-50), Nein (0)	
Situative Orientierungsstörung bei mobilen Patienten mit Weglauftendenzen, intensive pflegerische Überwachung wegen potentieller Eigen- oder Fremdgefährdung notwendig			
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörungen		Ja (-50), Nein (0)	
Patient mit aggressivem oder autoaggressivem Verhalten oder verminderter Impulssteuerung, der deswegen zeitweise einer Fixierung bedarf bzw. bei dem eine Fixierung nur durch intensive pflegerische Überwachung vermieden werden kann			
Schwere Verständigungsstörungen		Ja (-25), Nein (0)	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörungen		Ja (-50), Nein (0)	
Essen und Trinken	Unabhängig, isst und trinkt selbständig, benutzt Geschirr und Besteck		10
	Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch und Brot schneiden		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Bett-/(Roll-) Stuhltransfer	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit		15
	Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung notwendig		10
	Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel Liegen/Sitz selbständig		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Persönliche Pflege	Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen und Zähneputzen		5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten		0
Toilettenbenutzung	Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)		10
	Benötigt Hilfe z.B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung / Reinigung		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Baden/Duschen	Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit		5
	Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeiten		0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen		15
	Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen		10
	Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m		5
	Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren		0
Treppensteigen	Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)		10
	Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen		5
	Nicht selbständig, Pat. kann auch mit Hilfe eine Treppe nicht steigen		0
An- und Auskleiden	Unabhängig beim An- und Auskleiden		10
	Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen		5
	Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird		0
Stuhlkontrolle	Ständig kontinent		10
	Eigentlich kontinent, max 1x pro Woche inkontinent		5
	Häufiger/ständig inkontinent		0
Harnkontrolle	Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung mit DK/Cystofix		10
	Gelegentlich inkontinent, max. 1x pro Tag, Hilfe bei externer Harnableitung		5
	Häufiger/ständig inkontinent		0

Orientierung: ja nein wechselhaft zur Person Ort Zeit nicht beurteilbar

	ja	nein	nicht beurteilbar	in Prüfung	
Vigilanzstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Emot. Belastungsreakt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Frührehaindex: _____ Pkt
Neglect	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Aphasie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Barthelindex: _____ Pkt
Antriebsmangel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesamt - FBI: _____ Pkt

Sonstiges: _____