Klinikum am Europakanal Erlangen
Zentrum für Neurologie und Neurologische Rehabilitation

Am Europakanal 71
91056 Erlangen
Tel.: Phase B: 09131/753-3542 / Phase C: 09131/753-2900
E-Mail: aufnahme.reha@bezirkskliniken-mfr.de

bezirkskliniken mittelfranken

Patientenanmeldung: Neurologische Rehabilitation

Fax-Anmeldung
Phase B und Phase C/D: 09131/753-2910

☐ Anmeldung für Frühreha/**Phase B** (Barthelindex: 0 – 30)
☐ Weiterführende Reha/**Phase C** (Barthelindex: 35 – 65)
☐ Anschlussheilbehandlung **Phase D** (Barthelindex: ab 70)

Anmeldende Klinik **Datum:**	**Krankenkassen:** ☐ AOK ☐ Barmer ☐ Sonstige ☐ DAK ☐ SBK ☐ TK ☐ LKK/LSV ☐ Private: Haupt oder Zusatzversichert

Krankenhaus-Aufnahme ab: _____

Personalien der Patientin/des Patienten:

Name	**Vorname**
Geburtsdatum	**Geschlecht**
Straße/Hausnummer	**Postleitzahl/Wohnort**

Kontakt Angehörige: _____

Neurologische Diagnose: _____

_____

Begründung der Reha: _____

Relevante Nebendiagnosen: _____

_____

Besonderheiten:

☐ Beatmung ☐ Schlafapnoe Gerät ☐ Trachealkanüle

☐ Isolationspflichtig: MRSA, Clostridien, MRGN (bitte spezifizieren)_____

☐ Dialyse ☐ Pflegegrad_____ ☐ Adipositas/Gewicht_____

☐ spezielle Medikation_____

Sonstiges:

_____

Gewünschter Termin: _____

Angemeldet durch: _____
(Bitte Druckbuchstaben)

_____
(Unterschrift / Stempel)

Tel. Angehörige/r: _____

Tel. Betreuer/in: _____

Tel. Ärztin/Arzt: _____

Tel. Station: _____

Druckdatum: 04.12.2025

Klinikum am Europakanal Erlangen
Zentrum für Neurologie und Neurologische Rehabilitation

Am Europakanal 71
91056 Erlangen
Tel.: Phase B: 09131/753-3542 / Phase C: 09131/753-2900
E-Mail: aufnahme.reha@bezirkskliniken-mfr.de

bezirkskliniken mittelfranken

Etikett

Station	Untersucher/in	Datum

Frühreha Barthel	**nein**	**ja**
1. Intensivmedizin, überwachungspflichtiger Zustand	0	-50
2. Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	-50
3. Intermittierende Beatmung	0	-50
4. Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung	0	-50
5. Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung	0	-50
6. Schwere Verständigungsstörung	0	-25
7. Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50
Summe:		

1. Essen und Trinken	nicht möglich	0
5= Hilfe ist erforderlich beim Brotstreichen, Essen zerkleinern, Getränke einschenken	mit Unterstützung	5
10= ist in der Lage, feste Mahlzeiten selbständig einzunehmen und Hilfsmittel zu verwenden	selbständig	10
2. Aufsetzen und Umsetzen	nicht möglich	0
5= passiver Transfer mit 1-2 HP bzw. benötigt deutliche Hilfestellung beim Auf- und Umsetzen	mit erhebl. Unterstützung	5
10= geringe Hilfe (ungelernte HP) oder Aufsicht für einen oder mehrere Teilschritte d. Auf- u. Umsetzens	mit geringer Unterstützung	10
15= Transfer völlig selbständig vom Liegen zum Sitz in den (korrekt vorbereiteten) Rollstuhl u. zurück	selbständig	15
3. Persönliche Pflege	nicht möglich	0
5= kann sich selbständig Hände und Gesicht waschen, kämmen, rasieren, Zähne/Zahnprothesen putzen	mit Unterstützung	5
Toilettenartikel können bereitgestellt werden, nicht gerichtet	selbständig	10
4. Benutzung der Toilette oder Toilettenrollstuhl	nicht möglich	0
5= selbständig, Resthilfe nötig (Intimhygiene, Hose hochziehen)	mit Unterstützung	5
10= An-/auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung selbständig	selbständig	10
5. Baden/Duschen	nicht möglich	0
5= kann alle Handlungsschritte beim Duschen selbst durchführen, keine Aufsicht nötig	mit Unterstützung	0
	selbständig	5
6. Aufstehen und gehen (vom Sitz in Stand)	erfüllt 5 nicht	0
5= kann selbst aufsitzen, aufstehen ggf. m. Hilfe, selbst. Gebrauch. d. Rolls. od. Gehen + HP Rollator mind. 25 m	mit Unterstützung	5
10= kann selbst aufsitzen und aufstehen, gehen mit Rollator mind. 50 m	selbständig mit Gehwagen	10
15= kann selbst mind. 50 m laufen (mit oder ohne Stock/Gehstütze), Prothesen werden selbst angelegt	selbständig ohne Gehwagen	15
7. Treppen auf- und absteigen	nicht möglich	0
5= Pat. steigt mind. 1 Stockwerk mit ungelernter HP od. Aufsicht hinauf u. hinunter (nicht nur in Therapie)	mit Unterstützung	5
10= Pat. steigt mind. 1 Stockwerk ohne Hilfe oder Aufsicht, wobei Gehstock und Geländer erlaubt sind	selbständig	10
8. An-/Auskleiden	nicht möglich	0
5= benötigt Hilfe beim Knöpfen, Reißverschluss, kann aber die Hälfte der Tätigkeiten (OK) selbst durchführen	mit Unterstützung	5
10= selbständig beim Kleiden einschließlich Verschlüsse und Schnürsenkel in angemessener Zeit	selbständig	10

Druckdatum: 04.12.2025

Klinikum am Europakanal Erlangen
Zentrum für Neurologie und Neurologische Rehabilitation

Am Europakanal 71
91056 Erlangen
Tel.: Phase B: 09131/753-3542 / Phase C: 09131/753-2900
E-Mail: aufnahme.reha@bezirkskliniken-mfr.de

9. Stuhlkontinenz	permanent inkontinent	0
5= gelegentlich inkontinent (max. 1/Woche), od. Hilfe bei Abführmaßnahmen od. Anus praeter	gelegentlich inkontinent	5
10= kontinent, od. keine Hilfe b. Abführmaßnahmen, Anus praeter wird komplett selbständig versorgt	kontinent	10
10. Harnkontinenz	permanent inkontinent	0
5= gelegentlich inkontinent (max. 1/Tag), Hilfe bei Versorgung des Harnkathetersystems	gelegentlich inkontinent	5
10= Tag und Nacht kontinent, Versorgung des Harnkathetersystems od. Windel/Einlage komplett selbst	kontinent	10

Grundlage ist das Hamburger Manual | Barthel | Summe: |

Druckdatum: 04.12.2025