

## Neurorehabilitation Steiermark – PATIENTENANMELDUNG

Zuweisende Abt./ ÄrztIn: _____ Tel.-Nr: _____	
Pat. Name: _____	EV: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> veranlasst
SVNr: _____ / _____ Geschlecht: m: <input type="checkbox"/> w: <input type="checkbox"/> d: <input type="checkbox"/>	KONTAKT Tel.-Nr.( Angehörige,Pat.): _____
Postleitz. _____ Wohnort _____	Tel: _____
Strasse: _____	Tel: _____
Wiederholungsaufenthalt : <input type="checkbox"/> ja Sonderklasseversicherung: : <input type="checkbox"/> ja	Tel: _____
Neurol. Hauptdiagnose (Datum bei Akutereignis): _____	
Belastungseinschränkende kardio-pulmonale Begleiterkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: _____	
Therapiebedürftige Onkologische Begleiterkrankung – Medikation <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja: _____	
Delir/HOPS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Medikation notwendig <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Freiheitsbeschränkung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Sonstige einschränkende Begleiterkrankung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - welche _____	
Notwendige medizinische Kontrolltermine (i.d. nächsten 2 Monaten): _____	
Fraktur: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Wo: _____ VB <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> mit _____ kg keine Belastung <input type="checkbox"/>	
dialysepflichtige Nierenerkrankung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
liegender Dauer-Katheter <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Nephrostoma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Colostoma <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
multiresistente Keime: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein: wenn ja: 3MRGN <input type="checkbox"/> 4 MRGN <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/>	
Trachealkanüle: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn ja Typ: _____ Außen-/ Innendurchmesser: _____	
Beatmung: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, wenn ja Beatmungsmodus: _____	
Schluckstörung <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
PEG/PEJ <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein NGS <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein wenn ja seit wann: _____	
Eingeschränkte Kommunikation: Aphasie/Dysarthrie <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Sprachbarriere: ja <input type="checkbox"/> Dolmetsch notwendig ja <input type="checkbox"/>	
Paresen: OE: re KG__ OE li KG__ UE re KG__ UE li KG__ Neglect <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
Eingeschränkte Mobilität- Patient benutzt: <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> Rollmobil <input type="checkbox"/> Hilfe beim Transfer <input type="checkbox"/> selbständig mobil	
Hautdefekt: <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Decubitus <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	
<b>GEPLANTE WEITERVERSORGUNG:</b> <input type="checkbox"/> häusliche Pflege <input type="checkbox"/> Pflegeheim <input type="checkbox"/> nicht geklärt	
Rehaziel/Teilhabeziel : _____	
<b>Barthel Index:</b> ..... Ergebnis Seite 2	
<b>(Ohne ausgefüllte Telefonnummern und Barthel-Index - Formular siehe Seite 2 – kann die Anmeldung nicht bearbeitet werden!)</b>	

Tätigkeit	Max Punkte	Punkte
<b>1. Essen</b>		
Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck	10	
Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5	
Total hilfsbedürftig	0	
<b>2. Baden</b>		
Badet oder duscht ohne Hilfe	5	
Badet oder duscht mit Hilfe	0	
<b>3. Waschen</b>		
Wäscht Gesicht, kämmt, rasiert bzw. schminkt sich, putzt Zähne	5	
Braucht Hilfe	0	
<b>4. An- und Auskleiden</b>		
Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10	
Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst an/aus	5	
Total hilfsbedürftig	0	
<b>5. Stuhlkontrolle</b>		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
Inkontinent	0	
<b>6. Urinkontrolle</b>		
Kontinent	10	
Teilweise inkontinent	5	
<b>7. Toilettenbenutzung</b>		
Unabhängig bei Benutzung der Toilette/des Nachtstuhls	10	
Braucht Hilfe für z.B. Gleichgewicht, Kleidung aus-/anziehen, Toilettenpapier	5	
Kann nicht auf Toilette/Nachtstuhl	0	
<b>8. Bett-/(Roll-)Stuhltransfer</b>		
Unabhängig (gilt auch für Rollstuhlfahrer)	15	
Minimale Assistenz oder Supervision	10	
Kann sitzen, braucht für den Transfer jedoch Hilfe	5	
Bettlägerig	0	
<b>9. Bewegung</b>		
Unabhängiges Gehen (auch mit Gehhilfe) für mindestens 50 m	15	
Mindestens 50 m Gehen, jedoch mit Unterstützung	10	
<i>Für Rollstuhlfahrer:</i> unabhängig für mindestens 50 m	5	
Kann sich nicht mindestens 50 m fortbewegen	0	
<b>10. Treppensteigen</b>		
Unabhängig (auch mit Gehhilfe)	10	
Braucht Hilfe oder Supervision	5	
Kann nicht Treppensteigen	0	
<b>Gesamtpunktzahl (max. 100)</b>		

**Bitte beachten:** Es können nur vollständig ausgefüllte Formulare angenommen werden. Anmeldeformulare können jederzeit von der Homepage unter [www.ntk.at](http://www.ntk.at) heruntergeladen werden. Für tel. Rückfragen stehen wir von Mo. – Fr. 11.00 – 12.00 Uhr unter der Tel. Nr. 0676-855 700 444 zur Verfügung.