

	gleich	besser	schlechter
3.3 Sensorische Schädigungen (z.B. Sensibilitätsstörungen, Schmerzen, Reflexdystrophie)			
3.4 Sprach-/Sprechschädigungen (z.B. Aphasie, Dysarthrie, ggf. Angabe Aachener Aphasietest oder andere Assessments)			
3.5 Schädigungen des Sehens oder Hörens			
3.6 Mental/kognitive Schädigungen (z.B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)			
3.7 Psychische Schädigungen (z.B. Störung des Bewußtseins, Verhaltens, Willens; Depression)			
3.8 Viszerale Schädigungen (z.B. Herz-Kreislaufschädigungen, Luftnot, Schädigungen des Kauens und Schluckens, der Harnausscheidung)			

4.0 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe
soweit in beigefügten Bögen nicht erfasst
Befunde bei Aufnahme und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z.B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP, Timed up and go)

	bei Aufnahme	aktuell
4.1 Wissen anwenden, Planen und Handeln, Regeln befolgen		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Routinen unter Schwierigkeiten erledigen, Hilfen erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein selbstständiges Handeln möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Kommunikation und Konversation		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen mit Schwierigkeiten umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Mobilität (Liegen, Umlagern, Aufrichten, Sitzen, Transfer)¹		
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Mobilität (Rollstuhl benutzen, Gehen, Treppensteigen)²		
keine Störungen oder Fortbewegung mit Hilfsmittel sicher möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsicheres Gehen mit Sturzneigung, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Unzutreffendes streichen

² dto.

4.5 Mobilität (Fingerfertigkeit, Hand-Armgebrauch) ³	bei Aufnahme	aktuell
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezielter Einsatz von Fingern, Hand und Arm nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Besondere Probleme		
situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.1	Schädigungen (3.1 – 3.8)				
5.2	Aktivitäten, Teilhabe (4.1 – 4.6) und Kontextfaktoren				
5.3	Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen:				

6. Rehabilitative Therapie

Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:

(ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.Wo.	.Wo.	.Wo.	.Wo.	geplant

7. Warum kann - bei stationären Rehabilitationsleistungen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung

- Zuhause selbständig
 Zuhause mit Hilfe
 Kurzzeitpflege
 Anpassung des Wohnumfeldes
 Wohnheim
 Pflegeheim

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen

Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Stempel

³ dto.