



Name	Vorname	Geburtsname	Geburtsdatum

## Neurostatus gilt ab Datum: \_\_\_\_\_

- 1 Körperpflege (Zähneputzen, Kämmen, Rasieren)**
    - ☐ braucht Hilfe
    - ☐ unabhängig
  - 2 Baden und Duschen**
    - ☐ braucht Hilfe
    - ☐ unabhängig
  - 3 Essen**
    - ☐ vollständige Hilfe erforderlich (füttern)
    - ☐ Hilfe (z.B. beim Schneiden) erforderlich
    - ☐ unabhängig
  - 4 Magensonde / PEG**
    - ☐ ja
    - ☐ nein
  - 5 Toilettenbenutzung**
    - ☐ völlig abhängig
    - ☐ auf Hilfestellung angewiesen
    - ☐ unabhängig
  - 6 Darmkontinenz**
    - ☐ inkontinent
    - ☐ gelegentlich inkontinent
    - ☐ kontinent
  - 7 Blasenkontinenz**
    - ☐ inkontinent
    - ☐ gelegentlich inkontinent
    - ☐ kontinent
  - 8 Blasenkatheter**
    - ☐ ja
    - ☐ nein
  - 9 Anziehen**
    - ☐ nicht alleine möglich, mit vollständiger Hilfe
    - ☐ mit Hilfestellung möglich
    - ☐ unabhängig
  - 10 Transfer Rollstuhl - Bett**
    - ☐ bettlägrig (freies Sitzen nicht möglich)
    - ☐ viel Hilfe (freies Sitzen möglich)
    - ☐ wenig Hilfe erforderlich
    - ☐ unabhängig
  - 11 Fortbewegung**
    - ☐ nicht fortbewegungsfähig ohne Hilfsperson
    - ☐ ca. 50 Meter mit Rollstuhl alleine möglich
    - ☐ ca. 50 Meter gehfähig mit Hilfs- bzw. Begleitperson
    - ☐ ca. 50 Meter gehfähig (ggf. mit Hilfsmittel) ohne Hilfsperson bzw. Begleitperson
  - 12 Treppensteigen**
    - ☐ nicht möglich
    - ☐ mit Hilfs- bzw. Begleitperson möglich
    - ☐ unabhängig (ggf. mit Hilfsmitteln) ohne Hilfs- bzw. Begleitperson
  - 13 Orientierung**
    - ☐ vollständig bzw. weitgehend desorientiert
    - ☐ leichte Orientierungsstörungen vorhanden (zur Person orientiert)
    - ☐ zu allen Qualitäten orientiert
  - 14 Merkfähigkeit**
    - ☐ schwere Merkfähigkeitsstörungen mit alltagsrelevanter Beeinträchtigung
    - ☐ leichte Merkfähigkeitsstörungen ohne alltagsrelevante Beeinträchtigung
    - ☐ keine Merkfähigkeitsstörungen
  - 15 Sprachstörung (Aphasie)**
    - ☐ Verständigung erheblich erschwert bzw. unmöglich
    - ☐ Sprachstörung vorhanden, Verständigung aber ohne Mühe möglich
    - ☐ nicht vorhanden
  - 16 Sozialverhalten**
    - ☐ Neigung zum Weglaufen bzw. zu aggressivem Verhalten bzw. Beaufsichtigung erforderlich
    - ☐ zeitweise Verhaltensauffälligkeiten bzw. unkooperativ, dabei aber lenkbar, keine Beaufsichtigung erforderlich
    - ☐ kooperativ, adäquates Verhalten
  - 17 Die Reha-Maßnahme wird die Erwerbsfähigkeit voraussichtlich wiederherstellen**
    - ☐ ja
    - ☐ nein
  - 18 Die diagnostischen Maßnahmen sind abgeschlossen**
    - ☐ ja
    - ☐ nein (bei nein bitte Erläuterung)
  - 19 Transport in die Reha-Einrichtung**
    - ☐ Krankenwagen erforderlich
    - ☐ PKW / Taxi
    - ☐ öffentliche Verkehrsmittel
    - ☐ mit Begleitperson
    - ☐ ohne Begleitperson

Bemerkungen:



