

Name \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

**Barthel-Index**

Funktion	Punkte	Prämorbid	aktuell
<b>Essen</b>			
Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Braucht etwas Hilfe, z.B. Fleisch oder Brot schneiden	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bett/(Roll-)Stuhltransfer</b>			
Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringe Hilfen oder Beaufsichtigung erforderlich	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel, Liegen/Sitz selbständig	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Waschen</b>			
Unabhängig beim Waschen von Gesicht, Händen; Kämmen, Zähneputzen	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Toilettenbenutzung</b>			
Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (incl. Reinigung)	10		
Benötigt Hilfe, z.B. wg. unzureich. Gleichgewichtes oder bei Kleidung/Reinigung	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Baden</b>			
Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig bei o.g. Tätigkeit	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren</b>			
Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsm. 50 m gehen	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mind. 50 m	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>			
Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht Treppe steigen	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden</b>			
Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Benötigt Hilfe, kann aber 50% der Tätigkeit selbständig durchführen	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Stuhlkontrolle</b>			
Ständig kontinent	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegentlich inkontinent, maximal einmal/Woche	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger/ständig inkontinent	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Urinkontrolle</b>			
Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gelegentlich inkontinent, max. einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häufiger/ ständig inkontinent	0	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Gesamtpunktzahl</b>		_____	_____

\_\_\_\_\_  
 Datum, Unterschrift