

Formulare

Ersteller:
Wiesmann, Anne, Swienty,
Julia

Freigebender:
Wiesmann, Anne

Freigabedatum:
07.11.2016

- Ärztlicher Befundbericht -

zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Geriatrie vollstationär

Neurologie Phase C

Geriatrie Tagesklinik

Neurologie Phase D

Personalien des Versicherten

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
-------	----------	---------------

Gewünschtes Aufnahme datum _____

Rehabilitationsbegründende Diagnose(n):

	wann
	wann

Wichtige Nebendiagnosen:

Komplikationen im Behandlungsverlauf:

	Wann
	Wann
	Wann

Durchgeführte Therapien:

Operation/Intervention:

	wann _____
	wann _____

Bei Frakturen, Osteosynthesen, Endoprothesenetc.:

Übungsstabilität bis zum _____

Teilbelastung _____ kg bis zum _____

Vollbelastung ab _____

weitere Vorgaben:

Allgemeine Probleme

<input type="checkbox"/> Multimorbidität	<input type="checkbox"/> Sturz in den letzten Monaten
<input type="checkbox"/> Multimedikation	<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen, Dekubitus
<input type="checkbox"/> alltagsrelevante Seh-/Hörstörung	<input type="checkbox"/> Malnutrition
<input type="checkbox"/> kognitive Einschränkung/Demenz/Delir	<input type="checkbox"/> Depression, Angststörung
<input type="checkbox"/> Aphasie/ Dysarthrie/ Dysphonie	<input type="checkbox"/> Dysphagie
<input type="checkbox"/> Dialysepflichtigkeit	<input type="checkbox"/> Tracheostoma
<input type="checkbox"/> nasogastrale Sonde/ PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Künstlicher Darmausgang/ Urostoma
<input type="checkbox"/> MRSA-Besiedlung (wo?)	<input type="checkbox"/> MRGN

Rehabilitationsziele

- Verbesserung der Selbstständigkeit
- Verbesserung der Mobilität
- Verbesserung der Gelenkbeweglichkeit
- Verbesserung der kardiopulmonalen Leistungsfähigkeit
- Schmerzreduktion
- Verminderung von Ängstlichkeit/ Depressivität
- Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit
- Verbesserung neuropsychol. Störungen
- Verbesserung der sozialen Integration
- weitere:

Einschätzung des Rehabilitationspotentials

- gering mittel hoch

Transportmittel

- Taxi, PKW Krankenwagen

spezielle Anforderungen an die Einrichtung/Besonderheiten _____

Stempel des Krankenhauses

Datum

Tel. Nr. für Rückruf

Unterschrift Arzt/Ärztin

Anlage: Barthelindex, Frühreha-Barthelindex

Barthel-Index bei allen Patienten obligat		
Essen	komplett selbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung/-Versorgung	10
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, Hilfe bei PEG-Beschickung/Versorgung	5
	kein selbstständiges Einnehmen und keine Magensonde oder PEG-Ernährung	0
Auf-/Umsetzen	komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15
	Anleitung/Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10
	erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5
	wird nicht aus dem Bett transferiert	0
Sich Waschen	Gesicht, Hände, Rasieren, Kämmen, Zähneputzen komplett unabhängig	5
	braucht Hilfe oder Anleitung bei o.g. Tätigkeiten	0
Toilettenbenutzung	benutzt Toilette oder Toilettenstuhl komplett selbstständig inklusive Spülung/Reinigung	10
	Hilfe oder Anleitung/Aufsicht bei Benutzung/Spülung/Reinigung	5
	benutzt weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden/Duschen	selbstständig inklusive Ein-/Aussteigen, Abtrocknen, ohne Anleitung oder Aufsicht	5
	nicht selbstständig bei o.g. Tätigkeit	0
Aufstehen/Gehen	Sitz-Stand-Sitz und 50 m Gehen selbstständig (Gehstock/Gehstützen erlaubt)	15
	wie oben, aber Anleitung/Aufsicht nötig, alternativ: mit Rollator selbstständig 50 m	10
	Strecken im Wohnbereich mit Laienhilfe/Rollator, alternativ: selbstständig im Rollstuhl	5
	erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht	0
Treppensteigen	ohne Aufsicht oder personelle Hilfe 1 Etage auf- und abwärts (ggf. mit Gehstock)	10
	mit Aufsicht oder Laienhilfe 1 Etage auf- und abwärts	5
	erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht	0
An-/Auskleiden	in angemessener Zeit komplett selbstständig (keine Hilfe bei ATS, Prothesen)	10
	mindestens Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig	5
	erfüllt die unter „5“ genannten Voraussetzungen nicht	0
Stuhlkontinenz	stuhlkontinent, ggf. selbstständig rektale Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung	10
	max 1x/Woche stuhlinkontinent. Hilfe bei rektale Abführmaßnahmen/AP-Versorgung	5
	mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
Harnkontinenz	harnkontinent, selbstständige Versorgung mit Vorlagen, von Kathetern etc.	10
	max 1x/Tag inkontinent, Hilfe bei Vorlagenwechsel, Dauerkatheter etc.	5
	mehrfach tägl. inkontinent	0
Summe		

Frührehabilitations-Barthel-Index (FRB) nach Schönle - bei neurologischen Pat. obligat!	
FR-Index-Kriterien	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z.B. vegetative Krisen)	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 50
Intermittierende Beatmung	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 50
Schwere Verständigungsstörung	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	Nein <input type="checkbox"/> 0 Ja <input type="checkbox"/> - 50
Summe	_____

Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation / Abschlussheilbehandlung

Kostenträger: _____

Zusatzversicherung: _____ 1 Bett 2 Bett Chefarztbehandlung

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:
Telefon:	KV-Nr. (soweit bekannt):	
Straße und Hausnummer:	Postleitzahl:	Wohnort:
Hausarzt (Name/Anschrift):		
Ansprechpartner im Krankenhaus (Arzt):		
Ansprechpartner(in) Angehörige:		

Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung

nein ja, Stufe _____ beantragt

Angaben zur sozialen Situation

Lebenssituation : zuhause allein mit Angehörigen etc.
 in einer Pflegeeinrichtung _____
 betreutes Wohnen/Wohngruppe etc. _____

Ist die häusliche Versorgung sicher gestellt? nein ja

Besondere Belastungen: _____

Einverständniserklärung:

Ich entbinde den mich behandelnden Krankenhausarzt und meinen oben genannten Hausarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte dem Kostenträger, alle für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Angaben (einschließlich der von Dritten) zu erheben und zu verwenden.

Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, dass weitere Ärzte oder Stellen über Angaben verfügen, die für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahmen relevant sind, dürfen sie vom Kostenträger angefordert und verwendet werden.

Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die Übermittlung der von diesem erstellten Gutachten an den Kostenträger. Dies gilt auch für die Unterlagen, die bei einem der im Antrag genannten Leistungsträger vorliegen. Ich weiß, dass ich der Übermittlung der Angaben von einem Leistungsträger an den Kostenträger widersprechen kann.

Datenschutzhinweis:

Ihre Mitwirkung ist zur Beurteilung des Antrages auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß § 66 SGB I verpflichtet sind. Anderenfalls kann Ihnen die Rehabilitationsmaßnahme versagt werden.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten / Betreuers