

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

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

I.2. Indikation*

- Muskuloskeletale Erkrankungen
 Kardiologie
 Neurologie
 Geriatrie
 Sonstige _____

*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage) obligat bei Neurologie u. Geriatrie beizufügen, bei anderen Indikationen entsprechend den Anforderungen des Kostenträgers

I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung ist voraussichtlich abgeschlossen

am _____ Aufnahme in die stationäre Behandlung erfolgte am _____

I.4. Werden neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

- nein
 ja, folgende _____ OPS

	-			
--	---	--	--	--

 Voraussichtlich bis: _____

I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen

- als Direktverlegung
 frühestens am _____, weil _____

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung (Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM					Seitenlokalisation	Ursache der Erkr.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits
1.				.				Ursache der Erkrankung 0 = 1-5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG)
2.				.				
3.				.				
4.				.				
5.				.				

II.2. Akutereignis/ Durchgeführte Behandlungen:

- Akutereignis am _____
 Operation am _____ Welche? _____ OPS

	-			
--	---	--	--	--

 Wunde geschlossen und reizlos? ja nein
 andere Behandlungen, und zwar _____

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf:

- nein ja
 Wenn ja: im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postoperative Luxation der Prothese) _____
 kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie) _____
 sonstige (z. B. Pneumonie) _____
 Besiedelung mit multiresistenten Keimen. Welche Keime? _____

II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?

Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:

Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:

III. Rehabilitationsfähigkeit

III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um aktiv an der Therapie teilzunehmen?

- nein ja ja, mit Einschränkungen hinsichtlich:
- Gedächtnis/Handlungsplanung
 - Sozialverhalten
 - körperlicher Belastbarkeit
 - sonstiges: _____
(z. B. besondere Schmerzsymptomatik, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität)

III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der AR:

- voll belastbar teilbelastbar mit _____ übungstabil
- Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ja nein
- Besonderheiten: _____

III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?

- nein ja, und zwar bei: _____
(bitte entsprechende aktuelle Assessments beifügen z. B. Barthel-Index oder FIM oder SINGER)

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

V. Zusammenfassende Bewertung

Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

- ambulant ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz) _____
- stationär, weil _____

VI. Sonstige Angaben

VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt

- nein ja, und zwar:
- Dialyse, welche Form _____
 - sonstiges _____
(z. B. wegen gravierender Hör- und Sehbehinderung, Immunsuppressiva, besonderer Hilfsmittelbedarf, Weaning, aufgrund von massivem Übergewicht)

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist notwendig?

- öffentliches Verkehrsmittel Taxi/Pkw Krankentransport liegend Krankentransport sitzend
- Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/ des behandelnden Krankenhausarztes:

Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum _____ Unterschrift der behandelnden Krankenhausärztin/-arzt _____ Stempel _____

Datenschutzhinweis (§82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V) und zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Arztes oder Angehöriger anderer Heilberufe nach § 100 SGB X erhoben.

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen)

Essen	Unabhängig - benutzt Geschirr und Besteck Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden Total hilfsbedürftig	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Rollstuhltransfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil) Minimale Assistenz oder Supervision Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer Kann sich nicht selbst aufsetzen	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne Braucht Hilfe	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Toilette	Unabhängig bei Benutzung der Toilette oder Bettschüssel Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier Kann nicht auf die Toilette	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Baden	Badet ohne Hilfe Badet mit Hilfe	5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen Geht \geq 50 m mit geringer Hilfe Geht $<$ 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl \geq 50 m Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder $<$ 50 m fortbewegen	15 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe Braucht Hilfe oder Supervision Kann nicht Treppen steigen	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an Total hilfsbedürftig	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Stuhlkontrolle	Kontinent Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent Dauernd inkontinent	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Urinkontrolle	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	10 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/>
Summe		

2. Frühreha-Barthel-Index (FR-Index)

	nein	ja	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	- 50	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0	- 50	
Intermittierende Beatmung	0	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	- 50	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	- 50	
Schwere Verständigungsstörung	0	- 25	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	- 50	
Summe Frühreha-Barthel-Index			

Patientin/Patient (Name, Vorname):

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

 Geb.-Datum: