

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:

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: