

4. Rehabilitationsprognose

Bei welchem/n Reha-Ziel/en erwarten Sie unter Berücksichtigung des bisherigen Krankheitsverlaufes durch die Ausschöpfung des Reha-Potenziales während / durch die Reha-Maßnahme Verbesserungen?

Erläuterungen zum Antrag

- Dieses Antragsformular ersetzt nicht den ärztlichen und pflegerischen Verlegungsbrief!
- Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, Therapeutenberichte, etc.) mitzugeben.
- Der Antrag ist nur mit komplett ausgefülltem Barthel-Index (Kurzversion des Hamburger Manual ^(R), Quelle BAG-KGE ^(R) Server) vollständig und dient der Mitbewertung der dokumentierten Fähigkeitsstörungen

Datum der Antragstellung

Unterschrift beantragender Arzt

Barthel-Index zum Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

- Wird aus Gründen der Sicherheit oder wegen fehlenden eigenen Antriebs für die ansonsten selbständige Durchführung einer Aktivität Aufsicht oder Fremdsimulation benötigt, ist nur die zweithöchste Punktzahl zu wählen.
- Sollten z.B. je nach Tagesform oder im Tagesverlauf unterschiedliche Einstufungskriterien zutreffen, ist die niedrigere Einstufung zu wählen
- Bitte das Datum der Erfassung notieren.

Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual - Kurzfassung)		vom:	
Essen	Komplett selbständig ODER selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit ODER Hilfe bei der PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	5	<input type="checkbox"/>
	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG /MS Ernährung	0	<input type="checkbox"/>
Auf- und Umsetzen	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl UND zurück	15	<input type="checkbox"/>
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einen oder anderen o.g. Phase	10	<input type="checkbox"/>
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkannte UND /ODER Transfer im Rollstuhl mir erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	<input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	<input type="checkbox"/>
Sich waschen	Vor Ort komplett selbständig incl. Zähneputzen, Rasieren und Friesieren	5	<input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht (statt: erfüllt "5" nicht)	0	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl incl. Spülung/Reinigung	10	<input type="checkbox"/>
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung ODER deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	<input type="checkbox"/>
	Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0	<input type="checkbox"/>
Baden/ duschen	Selbständiges Baden oder Duschen incl. Ein-/Ausstieg, sich reigen und abtrocknen	5	<input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="checkbox"/>
Aufstehen und Gehen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke / Gehstützen) gehen	15	<input type="checkbox"/>
	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbständig gehen	10	<input type="checkbox"/>
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	<input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="checkbox"/>
Treppe steigen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken /Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen	10	<input type="checkbox"/>
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen	5	<input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen) an UND aus	10	<input type="checkbox"/>
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an UND aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5	<input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder der Anus-praeter Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x / Woche stuhlinkontinent ODER benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. Anus-praeter Versorgung	5	<input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1x /Woche stuhlinkontinent	0	<input type="checkbox"/>
Harnkontinenz	Ist harnkontinent ODER kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen der Kleidung oder Bettwäsche)	10	<input type="checkbox"/>
	Kompensiert die Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/ Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) ODER benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	<input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1x /Tag harninkontinent	0	<input type="checkbox"/>
Summe		0	

Optional PPR: A1 A2 A3 S1 S2 S3