



## Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

An

### Anmeldende Klinik

Klinik:

Abteilung:

Station:

Telefon:

Fax:

Ansprechpartner:

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):

Anschrift (Straße, Hausnummer, PLZ, Ort):

Versicherten-Nr. (Krankenkasse):

Aufnahmedatum im Krankenhaus:

Hausarzt (Name, Anschrift, Telefon):

Angefragte geriatrische Klinik:

Nächste Bezugsperson / Betreuerin (s.S. 3 oben) /Name, Tel.: Verlegung in Reha voraussichtlich möglich ab:

Transportmittel:

öffentliche Verkehrsmittel

PKW/ Taxi

Krankenwagen

**Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X):**

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V. m § 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus §73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i.V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

### Zustimmungserklärung des Patienten

\_\_\_\_\_ Name

\_\_\_\_\_ Vorname

\_\_\_\_\_ Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den im Antrag genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den medizinischen Dienst und die Übermittlung der von diesen erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.

Ich weiß, dass ich der Übermittlung meiner medizinischen Daten an die Krankenkasse widersprechen kann.

\_\_\_\_\_ Ort / Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten  
Gesetzlich bestellter Vertreter

ODER

\_\_\_\_\_ der Hilfsperson gemäß  
erklärtem Willen des Patienten



#### 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 <sup>(R)</sup>, Quelle BAG-KGE <sup>(R)</sup> 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.

<b>Barthel-Index Kriterium (Hamburg-Manual - Kurzfassung)</b>	vom:
---	------

Essen	Komplett selbständig <b>ODER</b> selbständige PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
	Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen der Mahlzeit <b>ODER</b> Hilfe bei der PEG / MS-Beschickung / -Versorgung	5	<input type="checkbox"/>
	Kein selbständiges Einnehmen von Speisen und Getränken <b>UND</b> keine PEG /MS Ernährung	0	<input type="checkbox"/>
Auf- und Umsetzen	Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl <b>UND</b> 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 <b>UND /ODER Transfer im Rollstuhl mir erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)</b>	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 <b>ODER</b> 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 <b>UND</b> 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 <b>UND</b> 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 <b>ODER</b> 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 <b>UND</b> hinuntersteigen	10	<input type="checkbox"/>
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf <b>UND</b> 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 <b>UND</b> aus	10	<input type="checkbox"/>
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an <b>UND</b> 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 <b>ODER</b> 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 <b>ODER</b> 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) <b>ODER</b> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5	<input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1x /Tag harninkontinent	0	<input type="checkbox"/>
<b>Summe</b>			<b>0</b>

<b>Optional PPR:</b>	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input type="checkbox"/> A3	<input type="checkbox"/> S1	<input type="checkbox"/> S2	<input type="checkbox"/> S3
----------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------