



Medizin für mich!

Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

- vollstationär gemäß Abs. 2** **ambulant (inklusive Tagesklinik) gemäß Abs. 1**

| | |
|----|---|
| An | Anmeldende Klinik/ Hausarzt Klinik/ Hausarzt: 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, Te **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.

_____ _____ ODER _____
Ort / Datum Unterschrift des Patienten der Hilfsperson gemäß erklärtem Willen des Patienten
Gesetzlich bestellter Vertreter

Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitation nach § 40 SGB V

1. Rehabilitationsbedürftigkeit

1.1. Vorgeschichte: Verlegungs-/ Anmeldeungsrelevante Hauptdiagnose (inkl. relevanter Behandlungsdaten):

Akutereignis am: ggf. Op am: Belastungseinschränkung: nein
 ja kg bis (Datum):

Komplikationen im Verlauf u/o für die Begutachtung bei komplexen Vorbehandlungen ergforderliche Angaben:

Als Anlage (z.B. Vorbefunde, Arztbriefe u.ä.) beigefügt sind:

1.2. Rehabilitationsrelevante Nebendiagnosen ¹/geriatrische Syndrome und relevante Funktionseinschränkungen ²:

1: d.h. aus diesen Erkrankungen entstehende medizinische Probleme sind während der Rehabilitationsleistung engmaschig ärztlich zu überwachen u/o müssen in der Therapie berücksichtigt werden, z.B.:

2: hierbei sind z.B. zu berücksichtigen:

1.3. Aktuelle Fähigkeitsstörungen als Folge der o.g. Haupt- und Nebendiagnosen:
 (Mobilität, Gangsicherheit, Sturzgefährdung, Kommunikation, Gedächtnis, Handlungsplanung, Sozialverhalten, Sonstiges)

Gegenüber dem Zusatzand vor akuter Krankenhausbehandlung / Erkrankung ist derzeit die:

| | | | |
|--|--|--------------------------------------|----------------------------------|
| alltagsrelevante Gehstrecke / Belastbarkeit: | <input type="radio"/> gleich geblieben | <input type="radio"/> verkürzt | <input type="radio"/> aufgehoben |
| Fähigkeit zur Haushaltsführung: | <input type="radio"/> nicht eingeschränkt | <input type="radio"/> eingeschränkt | <input type="radio"/> aufgehoben |
| Fähigkeit zur Tagesstrukturierung: | <input type="radio"/> nicht beeinträchtigt | <input type="radio"/> beeinträchtigt | <input type="radio"/> aufgehoben |

Die Kooperativität ist: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt (ggf. stichwortartig kommentieren):

| | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|-----------------------|-----------------------------------|-----------------------|----------------------------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|-----------------------|--------|
| Sozialanamnese: | Bisherige Wohnsituation: | <input type="radio"/> | mit Partner / in Familie | <input type="radio"/> | allein lebend | | | | | | | | | | |
| | | <input type="radio"/> | Betreutes Wohnen | <input type="radio"/> | Alten-/ Pflegeheim | | | | | | | | | | |
| | Zukünftige geplante Wohnsituation: | <input type="radio"/> | Rückkehr in bisheriges Wohnumfeld | <input type="radio"/> | abhängig vom Reha-Ergebnis | | | | | | | | | | |
| Leistungen der Pflegeversicherung: | | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | nicht bekannt | <input type="radio"/> | Grad 1 | <input type="radio"/> | Grad 2 | <input type="radio"/> | Grad 3 | <input type="radio"/> | Grad 4 | <input type="radio"/> | Grad 5 |
| Amtlich bestellte Betreuung: | | <input type="radio"/> | nein | <input type="radio"/> | ja, Ansprechpartner | Tel.: | | | | | | | | | |

2. Rehabilitationsfähigkeit

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit wird ärztlicherseits bestätigt.
 Ggf. antragsrelevante Erläuterungen hierzu:

3. Rehabilitationsziele

Welches ist / sind das / die individuelle/n realistische/n Reha-Ziele (hinsichtlich Schädigung, Aktivitäten, Partizipation/ Teilhabe, Kontext- / Risikofaktoren) **bezogen auf die beschriebenen Fähigkeitsstörung/en aus Sicht des Vorbehandelnden?**

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