

<b>Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation</b>		
<b>I. Allgemeine Angaben</b>		
<b>I.1. Personalien der/des Versicherten:</b>		
<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/>
<b>Vorname</b>	<b>Versichertennummer</b>	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<b>I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung</b> Aufnahmedatum _____ voraussichtliches Entlassdatum _____		
<b>I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen</b> <input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input type="checkbox"/> innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: <input type="checkbox"/> außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: Medizinische Begründung: _____		
<b>II. Rehabilitationsbedürftigkeit</b>		
<b>II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u></b> (Codierung konkret und endständig)		
<b>Funktionsdiagnosen</b>	<b>ICD-10-GM <sup>1</sup></b>	<b>Ur- sache<sup>2</sup></b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<sup>1</sup> Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen <sup>2</sup> 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. IfSG)		
<b>II.2. Durchgeführte Behandlungen</b>		
<input type="checkbox"/> Operation am _____ Welche? OPS		
Wunde geschlossen und reizlos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____		

### II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

nein  ja

Wenn ja  im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)

kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

sonstige (z. B. Pneumonie, Dekubitus)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

ja, welche Keime?

nein  nicht bekannt

### II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)

ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt-hilfe	Kontakt-hilfe	Assistenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken							
	An- und Ausziehen							
	Persönliche Hygiene							
	Waschen, Duschen							
	Stuhlkontrolle							
	Harnkontrolle							
	Toilettengang							
Mobilität	Transfer							
	Rollstuhlnutzung							
	Gehen							
	Treppensteigen							
Kommunikation	Hörverstehen							
	Sprechen							
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen							
	Schreiben							
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis							
	Dauerkonzentration							
	Planen & Probleme lösen							
sozial Interaktion	Soziales Verhalten							
häusliches Leben	Haushaltsführung							
<b>Gesamtscore</b>								

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

### III. Rehabilitationsfähigkeit

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

nein       ja

**III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat**

voll belastbar       teilbelastbar mit bis zu:       kg       übungstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt:       ja       nein

Besonderheiten:

**III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)**

<input type="checkbox"/> intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	<input type="checkbox"/> absaugpflichtiges Tracheostoma
<input type="checkbox"/> intermittierende Beatmung	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)
<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	
<input type="checkbox"/> schwere Verständigungsstörung	<input type="checkbox"/> beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

### IV. Rehabilitationsziele/-prognose

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

### V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung

**V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme**

<input type="checkbox"/> Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs	<input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Krankheiten der Gefäße	<input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Entzündlich-rheumatische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates	<input type="checkbox"/> Hauterkrankungen
<input type="checkbox"/> Gastroenterologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Endokrine Krankheiten	<input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen
<input type="checkbox"/> Krankheiten der Atmungsorgane	<input type="checkbox"/> Suchterkrankungen
<input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane
<input type="checkbox"/> Urologische Erkrankungen	<input type="checkbox"/> Geriatrie
<input type="checkbox"/> Sonstige	

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

**V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?**

ambulant     ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):

stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

**V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben**

nein     ja, weil:

- Myokardinfarkt
- Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
- Herzinsuffizienzen ab NYHA II
- endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
- spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
- Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
- Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
- Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
- Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt
- Onkologische Krankheiten
- Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
- geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

**Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation**

**VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?**

nein     ja, und zwar wegen:

Dialyse, welches Verfahren

Chemotherapie

Immunsuppressiva

Katheter

PEG

Isolationspflicht

Beatmung

Tracheostoma

Weaning

OS/US-Prothese

Bettüberlänge

ausgeprägte Adipositas

gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung

Schwerlastbett bis zu:                      kg

Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige; Pflegegrad (soweit bekannt):

Dekubitus, Stadium:

sonstiges

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

**VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?**

öffentliches Verkehrsmittel

PKW

Taxi/Mietwagen

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig, ist wegen

Rollstuhltransport

Tragestuhltransport

Liegendtransport

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein

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

Name, Vorname

Telefon-Nr. für Rückfragen

Datum

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

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. 18 SGB V) benötigt.

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum: