

## Basisdokumentation Mobile Indikationsspezifische Rehabilitation

(Version 1: vom 25.11.2016)

### 1. Allgemeine Angaben zum/zur Versicherten

1.1 Geschlecht des/der Versicherten:  männlich  weiblich

1.2 Geburtsjahr des/der Versicherten:  (JJJJ)

1.3 Postleitzahl des Wohnortes des/der Versicherten

1.4 Kassenart:  AOK  IKK  Knappschaft  
 Ersatzkasse  
 BKK  
 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau  
 Sonstige: .....

1.5 Pflegestufe (bei Beginn der mobilen Rehabilitation):  
 keine  Pflegestufe 0  Pflegestufe I  Pflegestufe II  Pflegestufe III

Eingeschränkte Alltagskompetenz:  nein  ja  nicht bekannt

#### Ab 01.01.2017

Derzeitiger Pflegegrad (bei Beginn der mobilen Rehabilitation):  
 kein  Grad 1  Grad 2  Grad 3  Grad 4  Grad 5

1.6 Bewohner eines nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeheims:  
 ja  nein

1.7 Bewohner einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen:  
 ja  nein

## 2. Rehabilitations-Indikation

2.1 **Indikation:**  Neurologie  Kardiologie  Muskuloskeletal  
 Sonstige: .....

2.2 **ICD-Schlüssel der rehabilitationsrelevanten Hauptdiagnose** (Angabe der ersten drei Stellen):

--	--	--

2.3 **Welches Indikationskriterium trifft für die Erbringung einer mobilen Rehabilitation zu?**

- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen kognitionsbezogener Art mit Symptomverstärkung in fremder Umgebung  ja  nein
- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art mit Symptomverstärkung in fremder Umgebung  ja  nein
- erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- sowie kognitiv sprachlicher Funktionen mit vorbestehenden Kompensations-/Ersatzstrategien im ständigen Wohnumfeld  ja  nein
- erhebliche Schädigungen der Seh- oder Hörfunktion mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen im ständigen Wohnumfeld  ja  nein
- erhebliche Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium) mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen des ständigen Wohnumfeldes  ja  nein
- erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen mit einem erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf, sodass für die Durchführung der Rehabilitation die umfassende Anwesenheit und Unterstützung eines Angehörigen/einer Bezugsperson genutzt werden muss  ja  nein
- angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf  ja  nein

2.4 **Assessmentbefunde<sup>1</sup>**

Instrument:  Barthel  FIM  erweiterter Barthel  SINGER

	<b>Reha-Beginn</b>	<b>Reha-Ende</b>
Summenscore:	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

## 3. Zuweisungspfad

- aus vertragsärztlicher Versorgung  aus KH-Fachabteilung: .....
- aus Rehabilitation  aus der Pflegebegutachtung (SGB XI)
- Sonstiges: .....

<sup>1</sup> Die Durchführung eines Assessments ist erforderlich, um eine Reha-Verlaufsbeurteilung vornehmen zu können.

#### 4. Behandlung

4.1 Reha-Beginn: .. (TT.MM.JJJJ)

4.2 Reha-Ende: .. (TT.MM.JJJJ)

4.3 **Behandlungsunterbrechung länger als 1 Woche** (vgl. Eckpunktepapier Ziffer 2.1.1)

nein  ja

4.4 **Wurde eine Rehabilitationsverlängerung beantragt:**

nein  ja Wenn ja, erfolgte eine Bewilligung durch die Krankenkasse?  ja  nein

4.5 **Anzahl der Behandlungstage**

4.6 **Behandlungsende:**

Behandlung regulär beendet?  ja  nein

**Wenn nein, Angabe der Gründe:**

auf Wunsch des/der Versicherten/Angehörigen/Bezugsperson  verstorben

auf Veranlassung der Rehabilitationseinrichtung

↳  Pat. nicht mehr rehafähig (interkurrente Erkrankung, Non-Compliance etc.)

↳  Krankenhausaufnahme

4.7. **Anzahl der Therapie-/ Leistungseinheiten durch folgende Professionen der Einrichtung**

	<b>Gesamt</b>	davon in Kurzzeitpflege erbracht		<b>Gesamt</b>	davon in Kurzzeitpflege erbracht
Physiotherapeut/ Krankengymnast (incl. Mass- eure/Med. Bademeister)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diätassistent/Ökotrophologe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergotherapeut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gesundheits-/Krankenpfleger	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logopäde/Sprachtherapeut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Arzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sportlehrer/Sporttherapeut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klin. (Neuro-) Psychologe	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

**Ort, Datum und Unterschrift**

**Telefon-Nr. zwecks Rückfragen**

Bei Rückfragen steht Ihnen das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord unter  
Tel. 040/25169-1152 zur Verfügung (oder: [info@kcgeriatrie.de](mailto:info@kcgeriatrie.de))

**Name/Anschrift der mobilen Einrichtung/Stempel:**