

Antrag/Befundbericht zur Anschlussrehabilitation

per FAX an BARMER-Geschäftsstelle

Köln

018 500 70 1709*)

*) 2,9 Cent pro Minute aus dem Festnetz der Deutschen Telekom

indikationsspezifisch (z.B. kardiologische, neurologische, muskuloskeletale Erkrankung)
 geriatrisch

ambulant (vorrangig)
 stationär

Bitte nachstehende Fragen auf Grundlage des §100 Abs. 1 SGB X i.V. mit §73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V vollständig beantworten. Nur vollständig ausgefüllte Anträge / Berichte können **abschließend bearbeitet werden.**

Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)		BARMER-Versichertennummer	Geburtsdatum
Anschrift			Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> berufstätig als	<input type="checkbox"/> allein lebend	Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?	
<input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> mit Bezugsperson(en) lebend	<input type="checkbox"/> ja, Stufe ...	
	<input type="checkbox"/> in vollstationärer Pflegeeinrichtung	<input type="checkbox"/> nein	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> beantragt	
Aufnahmetag im Krankenhaus	Voraussichtlicher Entlassungstag	Verlegung in Reha-Einrichtung möglich ab:	
Ansprechpartner im Krankenhaus mit Berufsbezeichnung (z.B. Sozialarbeiter/in, Ärztin/Arzt)		Telefon-Nummer mit Durchwahl	Fax-Nummer
Vorgeschlagene Rehabilitationseinrichtung			

Zustimmungserklärung des Patienten / Angehörigen / Betreuers

Ich stimme zu, dass für mich im Anschluss an den jetzigen Krankenhausaufenthalt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X),
- die Krankenkasse die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt (§ 40 Abs. 3 SGB V)
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Befundbericht

Rehabilitationsrelevante Diagnose:	Seit/OP am:	ICD 10
Weitere Diagnosen, die für die beantragte Leistung relevant sind: ➤ ➤	seit:	
Die Vorrangigkeit einer ambulanten Abschlussrehabilitation ist nach §40 Abs. 1 und 2 SGB V zu prüfen. Welche (sozial)medizinischen Gründe sprechen gegen eine ambulante Anschlussrehabilitation? (nur, falls stationär beantragt wird):		
Kurze Angaben zu Krankheitsbeginn und -verlauf, Hinweis auf eingetretene Komplikation(en):		
Rehabilitationsrelevante strukturelle und funktionelle Schädigungen:		
Angaben welche Therapien, auch unter rehabilitativer Zielsetzung, bereits im Krankenhaus erfolgen: (z.B. Nennung durchgeführter OPS, Hinweis auf KG)		
Ergebnis wesentlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen / Prozeduren:		
Patientin / Patient ist somatisch und psychisch ausreichend belastbar u. motiviert, aktiv an der beantragten Reha mitzuwirken: Besteht die notwendige Belastbarkeit und Motivation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ...		

Wundheilungsstörung(en)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Risikofaktoren:			
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Nikotin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Lokalisation: ___Knie, li_____				Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
wenn ja Größe: _____ cm Lage: _____				Missbrauch von			
Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Depression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Kognitive Einschränkungen / Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein		Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	
Harn- und/oder Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein	Sonstiges:				
Liegt ein Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					
Liegt eine PEG	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein					

Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe	keine Beeinträchtigung	verlangsamt; mit Hilfsmittel(n)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand-/Armgebrauch, Gehen, Laufen, Treppesteigen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Verhalten, Aufrechterhaltung der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Bei Neurologie/Geriatrie bitte aktuelles Assessment (z.B. Barthel-Index, FIM, andere Assessments) beifügen!** ⚡

➤ **Bei Neurologie Phase B-ITS bitte Zusatzfragebogen zur Beatmungsentwöhnung beifügen!** ⚡

Rehabilitationsrelevante Umweltfaktoren (soweit bekannt; z.B. barrierefreie Wohnung, ländliches Umfeld):

Angestrebte alltagsrelevante Rehabilitationsziele:

(1) in Bezug auf die genannten Schädigungen

(2) in Bezug auf die genannten Beeinträchtigungen von Aktivitäten

(3) in Bezug auf eine drohende / bestehende Beeinträchtigung der Teilhabe

Prognostische Einschätzung für die Erreichbarkeit der vorgenannten Rehabilitationsziele:

positiv unklar / offen, weil ...

Welches der nachstehenden Verkehrsmittel ist erforderlich?

öffentliches Verkehrsmittel? PKW / Taxi? Liegendtransport? Krankenwagen?

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

➤ **Angaben nur bei einer kardiologischen Rehabilitation erforderlich** ⚡

Größe: _____ Gewicht: _____ RR: _____

Bestehen Pleuraergüsse? einseitig ja nein beidseitig: ja nein

Herzrhythmusstörungen / Herzinsuffizienz ja nein

Schädigung von Emotion, Affekt, Stimmung im Sinne von Angst ja nein

Echokardiographie (EF)? Datum: _____ Ergebnis: _____

➤ **Angaben nur bei beantragter ambulanter Rehabilitation erforderlich, ggf. Zusatzfragebogen verwenden** ⚡

die Patientin / der Patient verfügt über die zur Inanspruchnahme erforderliche Mobilität und Belastbarkeit

die Reha-Einrichtung wird in zumutbarer Fahrzeit erreicht / Angebote an mobiler Rehabilitation durch wohnortnahe Einrichtung

die häusliche Versorgung ist sichergestellt

Bitte klinische und/oder medizinisch-technische Befunde, soweit für die beantragte Rehabilitation relevant, in Kopie beifügen!

Datum/Stempel des Krankenhauses

Name/Unterschrift des Arztes