

## Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<b>Verlegende Klinik / Hausarzt (Name, Anschrift):</b>  Ansprechpartner (Name, Telefonnummer) :	<b>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</b>   <b>BÜRGERSPITAL</b> W Ü R Z B U R G  <b>Bürgerspital Reha-Klinik</b> Semmelstraße 2-4 97070 Würzburg  <input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> ambulant  Tel.: 09 31 / 35 03 – 0                      Fax: 09 31 / 35 03 – 333
---	--

<b>Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):</b>  	
<b>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</b>  	
Krankenkasse:	Versichertennummer (der Krankenkasse):
Aufnahmetag im Krankenhaus:	Datum der vorgesehenen Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik:

## Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

- stationäre geriatrische Rehabilitation  
 ambulante geriatrische Rehabilitation

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zugestimmt mit einer Verweildauer/ Behandlungsdauer für \_\_\_\_\_ Wochen.

wird nicht zugestimmt, weil \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

# Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Bitte komplett ausfüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterleiten.

<b>Patient:</b>	<b>Krankenkasse:</b>
_____ Name	_____ Vorname
_____ Geburtsdatum	

Rehabilitationsbegründende Diagnose (Verlegungsdiagnose): \_\_\_\_\_

ICD-10-Code: \_\_\_\_\_ Akutereignis am: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

Bitte **geriatrische Besonderheiten** wie z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus) angeben:

**Barthel-Index**

	<i>Bitte richtige Punktzahl einkreisen</i>	
<b>Essen</b>	Unabhängig - benützt Geschirr und Besteck	10
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5
	Total hilfsbedürftig	0
<b>Rollstuhltransfer</b>	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil)	15
	Minime Assistenz oder Supervision	10
	Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer	5
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0
<b>Persönliche Pflege</b>	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5
	Braucht Hilfe	0
<b>Toilette</b>	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel	10
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5
	Kann nicht auf die Toilette	0
<b>Baden</b>	Badet ohne Hilfe	5
	Badet mit Hilfe	0
<b>Bewegung</b>	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15
	Geht ≥ 50 m mit geringer Hilfe	10
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl ≥ 50 m	5
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10
	Braucht Hilfe oder Supervision	5
	Kann nicht Treppen steigen	0
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10
	Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an	5
	Total hilfsbedürftig	0
<b>Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	10
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent	5
	Dauernd inkontinent	0
<b>Urinkontrolle</b>	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10
	Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter	5
	Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	0
<b>Summe</b>		

**Angaben zur Operation**

Datum der Operation:	Art der Operation:
Angaben zum Verlauf/Komplikationen:	
Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz-Operationen: Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

# Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Bitte komplett ausfüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterleiten.

Seite 3 von 4

## Medikation (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente     1 - 4 Medikamente     5 und mehr Medikamente

## Störungen der Sprache und des Sprechens:

Aphasie     Dysarthrie     Dysphonie     \_\_\_\_\_

## Störungen der Ernährung:

Der Patient ist  
 Schluckstörung     Essschwäche     Trinkschwäche  
 untergewichtig     normalgewichtig     übergewichtig

**Sehen:**     nicht beeinträchtigt     beeinträchtigt     stark beeinträchtigt

**Hören:**     nicht beeinträchtigt     beeinträchtigt     stark beeinträchtigt

## Störungen der Kognition:

Gedächtnisstörung:     keine     leichte     mäßige     schwere     zeitweise  
Orientierungsstörung:     keine     leichte     mäßige     schwere     zeitweise  
sonstige Störungen:     Aufmerksamkeit     Wahrnehmung     Neglect     Apraxie

ggf. Erläuterungen: \_\_\_\_\_

## Störungen der Psyche:

Depression     Vigilanz     Unruhe  
 Weglauftendenz     Psychotische Phänomene     \_\_\_\_\_

## Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung?

nein     ja     noch zu klären/ beantragen

Falls ja, bitte Name und Adresse des vom Gericht bestellten Betreuers angeben: \_\_\_\_\_

## Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

zuhause alleine selbständig     zuhause alleine mit Unterstützung     Alten-/ Wohnheim  
 zuhause mit pflegefähigen Angehörigen     zuhause mit pflegebedürftigen Angehörigen     Pflegeheim

## Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl     Rollator o. ä.     UA-Gehstützen     OS/US-Prothese  
 PEG-Sonde     Nasen-Magen-Sonde     Stoma     Hörgerät  
 Windeln     Dauerkatheter     Suprapubische Fistel     Urinalkondom  
 sonstige \_\_\_\_\_

## Derzeitige Therapie:

\_\_\_\_\_

## Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik     täglich     wöchentlich    ( 1x     2x     3x)  
Ergotherapie     täglich     wöchentlich    ( 1x     2x     3x)  
Logopädie     täglich     wöchentlich    ( 1x     2x     3x)

## Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv     aktiv nach Aufforderung     passiv

### Im GRB-Verfahren sind folgende **Hauptdiagnosen** zugelassen:

- Folgezustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen - insbesondere Schlaganfall
- Folgezustand nach operativ und konservativ versorgten Frakturen und Gelenkschäden
- Folgezustand nach Amputationen
- sonstige (z. B. wie entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates; Diabetes Mellitus mit diabetesbedingten Spätschäden; peripher-arterielle Verschlusskrankheit; ischämische Herzkrankheiten; Folgezustand nach Pneumonie; neurologische Erkrankungen - insbesondere Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom; Folgezustand nach schweren chirurgischen Eingriffen)
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Dekubitus, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme)

# Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Bitte komplett ausfüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterleiten.

Seite 4 von 4

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen? \_\_\_\_\_

Der Patient befindet sich seit dem \_\_\_\_\_ (bitte Datum angeben) in stationärer Krankenhausbehandlung.

Eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik könnte ab dem \_\_\_\_\_ (bitte Datum angeben) erfolgen.

Als ambulante / stationäre (Nichtzutreffendes bitte streichen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

 **Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist • Geriatrische Reha-Klinik • Semmelstr. 2-4 • 97070 Würzburg**

Hiermit werden Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit bestätigt.

## Erläuterungen:

**Rehabilitationsnotwendigkeit** ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu mindern, insbesondere auch, um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitszustand zu erhalten.

**Rehabilitationsfähigkeit** liegt vor, wenn bei der Patientin / dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muss die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein.

## Bemerkungen:

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Stempel

\_\_\_\_\_ Unterschrift des verlegenden Arztes

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

Die vorgenannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlagen 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.

Dieses Antragsformular ersetzt nicht den Verlegungsarztbrief.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

## Name und Telefonnummer

der nächsten Bezugsperson des Patienten:

## 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 meine Krankenkasse widersprechen kann.

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift des Patienten oder der Hilfsperson  
gem. erklärtem Willen des Patienten oder rechtlicher Betreuer

## Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 40 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.