

Rehabilitand:	Krankenkasse:
_____ <small>Name</small>	_____ <small>Vorname</small>
_____ <small>Geburtsdatum</small>	

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

Angaben zur Operation

Datum der Operation:	Art der Operation:
----------------------	--------------------

Angaben zum Verlauf/Komplikationen:

Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz-Operationen:
 Die Extremität ist voll belastbar nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum) nicht belastbar

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 Rehabilitand 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 Rehabilitand 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)

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen? _____

Der Rehabilitand 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 Rehabilitanden bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

Name und Telefonnummer

der nächsten Bezugsperson des Rehabilitanden:

Zustimmungserklärung des Rehabilitanden

_____ 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 Rehabilitanden oder der Hilfsperson
gem. erklärtem Willen des Rehabilitanden 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.