

Antragsformular für die **Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)**

*Bitte **komplett** ausfüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterleiten.*

## Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

|  |  |
|--|--|
| <p><u>Verlegende Klinik / Hausarzt (Name, Anschrift):</u></p><br><br><p>Ansprechpartner (Name, Telefonnummer):</p> | <p><u>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</u></p> <p style="text-align: center;"><b>Stiftung Bürgerspital zum Hl. Geist<br/>         Geriatrizentrum<br/>         Semmelstraße 2-4<br/>         97070 Würzburg</b></p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> stationär    <input type="checkbox"/> ambulant    <input type="checkbox"/> mobil</p> <p style="text-align: center;"><b>Tel.: 09 31 35 03 – 401                      Fax: 09 31 35 03 – 488</b></p> |
|--|--|

|   |  |
|---|--|
| <p><u>Rehabilitand (Name, Vorname, Geburtsdatum):</u></p><br><br> |  |
| <p><u>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</u></p><br><br>               |  |
| <p>Krankenkasse:</p>  | <p>Versichertennummer (der Krankenkasse):</p>  |
| <p>Aufnahmetag im Krankenhaus:</p>                                | <p>Datum der vorgesehenen Verlegung<br/>in die geriatrische Rehabilitationsklinik:</p> |

## Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

stationäre geriatrische Rehabilitation

ambulante geriatrische Rehabilitation

mobile geriatrische Rehabilitation

*(Zutreffendes bitte ankreuzen)*

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

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

---



---

*Ort, Datum*

*Stempel und Unterschrift der Krankenkasse*

|   |                      |
|---|----------------------|
| <b>Rehabilitand:</b>  | <b>Krankenkasse:</b> |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between; border-top: 1px solid black; border-bottom: 1px solid black;"> <span style="width: 30%;">Name</span> <span style="width: 30%;">Vorname</span> <span style="width: 30%;">Geburtsdatum</span> </div> |                      |

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:

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