

Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

An zuständige Krankenkasse:		Krankenhaus / Abteilung / Tel. (Zentrale o. Station)/ Fax :	
		Ansprechpartner:	
Name der/des Versicherten*:		Bezugsperson (Name, Tel*) <input type="checkbox"/> Betreuer/Bevollmächtigter (Name, Tel*) <input type="checkbox"/>	
Geburtsdatum*:	KV-Nr.*:	Hausarzt (Name, Anschrift, Tel.):	
Anschrift/ Kontaktadresse*			
* Angaben zum Versicherten auch über Adressaufkleber möglich!		* Die Angaben der Tel.-Nr. ist freiwillig und dient der Beschleunigung des Verfahrens; Bitte Kopie des Betreuungsausweises bzw. der Vollmacht beifügen	
Aufnahmedatum im Krankenhaus:	Verlegung in Reha möglich am:	Transportmittel: <input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> PKW/Taxi <input type="checkbox"/> Krankenwagen	
Soziale Situation: <input type="checkbox"/> eigene Wohnung; Etage _____ <input type="checkbox"/> alleinstehend <input type="checkbox"/> mit Ehepartner/ Lebensgefährtin <input type="checkbox"/> mit Angehörigen Fahrstuhl vorhanden? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist die häusliche Versorgung sichergestellt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen <input type="checkbox"/> sonstige _____ Bemerkungen: _____ _____			
Begleitperson (Selbstzahler) gewünscht? <input type="checkbox"/> ja, Name: _____ <input type="checkbox"/> nein			
Hiermit beantrage ich: <input type="checkbox"/> mobil <input type="checkbox"/> ambulant / teilstationär <input type="checkbox"/> stationär			
Hinweis zum Datenschutz: Damit wir unsere Aufgaben zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen rechtmäßig erfüllen können, ist ihre Mitwirkung nach § 60 SGB I erforderlich. Ihre Daten sind im vorliegenden Fall aufgrund von § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V zu erheben. Fehlende Mitwirkung kann zu Nachteilen bei der Gewährung von Leistungsansprüchen führen.			

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/
gesetzlich bestellten Betreuers / Bevollmächtigten

Einwilligungserklärung der/des Versicherten:

Ich bin damit einverstanden, dass meine zuständige Krankenkasse von dem/n mich behandelnden Arzt/Ärztin, Krankenhäusern und mich betreuenden Pflegepersonen ärztliche Unterlagen, Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Begutachtung durch den MDK und Entscheidung über meinen Antrag auf Kostenübernahme der medizinischen Leistungen zur Rehabilitation (Geriatrische Rehabilitation) erforderlich sind. Insoweit entbinde ich oben genannte Person/en bzw. Stellen von Ihrer Schweigepflicht.

Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, dass weitere Ärzte oder Stellen über Angaben verfügen, die für die Beurteilung der Maßnahme relevant sind, dürfen sie von der Krankenkasse angefordert und verwendet werden.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten/
gesetzlich bestellten Betreuers / Bevollmächtigten

Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbegründende Diagnose/n und Beeinträchtigungen der Aktivitäten (mit Datum bei Akuterkrankung; ggf. Art und Datum der Operation):

Nebendiagnosen:

Aktuelle Medikation (oral, ggf. iv.; insbesondere seltene und/oder kostenintensive Medikamente):

Komplikationen und Besonderheiten: keine

<input type="checkbox"/> O2 Bedarf	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> Anus praeter
<input type="checkbox"/> Dekubitus	Lokalisation: _____	Größe: _____	Stadium: _____
<input type="checkbox"/> Wundheilungsstörungen*	Sonstige Besonderheiten: _____		
<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Sprach-/Sprechstörung	<input type="checkbox"/> PEG	<input type="checkbox"/> andere Sonde
<input type="checkbox"/> parenteral	<input type="checkbox"/> Essen unter Aufsicht		
bei chirurg./ orthop. Patienten	<input type="checkbox"/> Vollbelastung	<input type="checkbox"/> Teilbelastung _____ kg	Bis wann? _____

* Bitte ergänzende Angaben zu Art, Größe und Therapie

Anmerkung:
Bei Verlegung leihweise Mitgabe von Röntgen, CT- oder MRT-Bildern, aktuelle Laborwerte und andere wesentliche Befunde (EKG, Histologie, Mikrobiologie)!

Relevante Keime

z.B. MRSA/ ESBL/ VRE Andere: _____ Lokalisation: _____

Durchfallerkrankungen (z.B. Clostridien, Noroviren, Rotaviren)

Hilfsmittel
Welche und was vorhanden? _____

Verhalten	<input type="checkbox"/> ruhig/ kooperativ	<input type="checkbox"/> unruhig
Mitwirkung bei Pflege/Therapie	<input type="checkbox"/> entwickelt Eigeninitiative	<input type="checkbox"/> aktiv nach Aufforderung <input type="checkbox"/> passiv
Kardio-pulmonale Belastbarkeit	<input type="checkbox"/> keine Einschränkungen	<input type="checkbox"/> NYHA-Stadium _____

Orientierung	unbeeinträchtigt	zeitweise gestört	tgl. leicht gestört	schwer gestört
zur Situation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
zur Zeit/ zum Ort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verständigung	unbeeinträchtigt	beeinträchtigt	stark beeinträchtigt
Sehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hören	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Weglauff Tendenz

Ergänzende Angaben _____

Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

Rehabilitationsfähigkeit

Die geriatrische Rehabilitationsfähigkeit wird ärztlicherseits bestätigt. D.h. der geriatrietypisch multimorbide Patient verfügt über eine ausreichende psych./phys. Belastbarkeit, die aktive Teilnahme an der Rehabilitation ist durch Begleiterkrankungen und Komplikationen nicht relevant beeinträchtigt; Ggf. antragsrelevante Erläuterungen hierzu:

Rehabilitationsziele

Welches ist/sind das/die realistischen individuelle/n Rehabilitationsziel/e (hinsichtlich Schädigungen, Aktivitäten, Teilhabe, Kontextfaktoren) bezogen auf beschriebene Beeinträchtigungen der Aktivitäten/ Teilhabe aus Sicht des Vorbehandelnden? :

Rehabilitationsprognose

In Bezug auf die oben genannten Ziele wird das Rehabilitationspotenzial wie folgt eingeschätzt:

sehr gering
 gering
 mittel
 hoch
 sehr hoch

Geriatrische Komplexbehandlung

Wurde eine geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (OPS 8.550) durchgeführt:

ja; von _____ bis _____
 nein

Geriatrisches Assessment durchgeführt?
 Anzahl der durchgeführten Therapien: _____

Zusätzliche Informationen: _____

Ergänzende Informationen zum Barthel-Index

	Nein	Ja	Pkt.
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	-50	
Absaugpflichtiger Tracheostoma	0	-50	
Intermittierende Beatmung	0	-50	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-50	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	-50	
Schwere Verständigungsstörung	0	-25	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50	

Hinweis:

Der Antrag ist nur mit ausgefülltem Barthel-Index (Kurzversion des Hamburger Manuals^a) vollständig und dient der Mitbewertung der dokumentierten Beeinträchtigungen.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, der/m Patientin/en bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen mitzugeben (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder (Patienten-CD), Therapeutenbericht etc.)

Datum der Antragstellung

Unterschrift des beantragenden Arztes/ Stempel/ Tel.-Nr.

Antrag auf Kostenübernahme einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme nach § 40 SGB V

Barthel-Index

Name:	Vorname:	Geb.-Datum:
-------	----------	-------------

Barthel-Index Kriterium (Hamburger-Manual - Kurzversion)		vom:
Essen	Komplett selbstständig ODER selbstständig PEG/MS-Beschickung/-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
	Hilfe bei der mundgerechten Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen der Mahlzeit ODER Hilfe bei der PEG-/MS-Beschickung/-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
	Kein selbstständiges Einnehmen von Speisen und Getränken UND keine PEG-/MS-Ernährung	0 <input type="checkbox"/>
Auf- und Umsetzen	Komplett selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl UND zurück	15 <input type="checkbox"/>
	Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) in der einer oder anderen o.g. Phase	10 <input type="checkbox"/>
	Aufrichten in den Sitz an die Bettkante UND/ODER Transfer in Rollstuhl mit erheblicher Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5 <input type="checkbox"/>
	Erfüllt die Kriterien nicht, wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0 <input type="checkbox"/>
Sich waschen	Vor Ort komplett selbstständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
	Erfüllt die Kriterien nicht (statt: erfüllt „5“ nicht)	0 <input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	Vor Ort komplett selbstständige Benutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung/Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
	Vor Ort Aufsicht oder Hilfe bei Toilettenbenutzung ODER deren Spülung/Reinigung erforderlich	5 <input type="checkbox"/>
	Benützt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 <input type="checkbox"/>
Baden/ Duschen	Selbstständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 <input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0 <input type="checkbox"/>
Aufstehen und Gehen	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke/ Gehstützen) gehen	15 <input type="checkbox"/>
	Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen UND mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens selbstständig gehen	10 <input type="checkbox"/>
	Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen ODER im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl	5 <input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0 <input type="checkbox"/>
Treppe steigen	Ohne Aufsicht und personelle Hilfe (ggf. mit Stöcken/ Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen	10 <input type="checkbox"/>
	Mit Aufsicht oder Laienhilfe mindestens ein Stockwerk hinauf UND hinuntersteigen	5 <input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0 <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	Zieht in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung und Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel, z.B. ATS, Prothesen an UND aus	10 <input type="checkbox"/>
	Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an UND aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5 <input type="checkbox"/>
	Erfüllt das Kriterium nicht	0 <input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	Ist stuhlinkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßn. oder der Anus-praeter Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent ODER benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen bzw. der Anus-praeter Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
Harnkontinenz	Ist harnkontinent ODER kompensiert die Harninkontinenz bzw. versorgt seinen DK komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10 <input type="checkbox"/>
	Kompensiert die Harninkontinenz selbstständig und mit überwiegenden Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche ODER benötigt Hilfe bei Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input type="checkbox"/>
	Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

Gesamt	
---------------	--

Unterschrift des beantragenden Arztes