

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Verordnung von ambulanter / mobiler geriatrischer Rehabilitation

(vom zuweisenden Arzt auszufüllen)

Verordnung ambulanter Rehabilitation
 Verordnung mobiler Rehabilitation

Tel.-Nr. des Patienten: _____ / _____

A. Folgende Eingangsvoraussetzungen sind erfüllt

geriatrischer Patient (i.d.R. mindestens 65 Jahre mit geriatritypischer Multimorbidität) N J
 voraussichtlich nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen alltagsrelevanter Aktivitäten und bestehende oder drohende Beeinträchtigungen der Teilhabe N J
 häusliche und hauswirtschaftliche Versorgung ist sichergestellt N J
 eine stationäre Krankenhausbehandlung ist nicht erforderlich N J
 Krankheitsbild ist ausreichend geklärt N J

B. Soziale Situation

Lebenssituation allein lebend mit Angehörigen zusammenlebend Betreutes Wohnen/Seniorenheim Pflegeheim
 Kurzzeitpflege

Pflegebedarf Pflegestufe 1 2 3 Pflegestufe beantragt keine Pflegestufe
 darüber hinaus besteht Beratungsbedarf

personeller Hilfebedarf N J Wenn, ja durch wen erbracht? - Angehörige, Freunde, Nachbarn
 - professionelle Personen

Name und Telefonnummer der nächsten Bezugsperson des Patienten:

C. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

D. Behandlungsrelevante Diagnosen nach ICD-10

ICD-Kode

1. _____

2. _____

3. _____

4. _____

5. _____

E. Behandlungsrelevante Schädigungen (ggf. Befunde als Anlage beifügen)

(V = eine alltagsrelevante Verbesserung ist durch Einsatz ambulanter geriatrischer Versorgung zu erwarten)

Sturzneigung <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Schwindel <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Reduzierte körperliche Belastbarkeit <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
Mobilitätsstörung <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Schmerz <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Stimm-, Sprech-, Sprachstörung <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
Sensibilitätsstörungen <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Inkontinenz <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Schluckstörung <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
Fehl-/Mangelernährung <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Dekubitus <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	kognitive Schädigung (z.B. Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Handlungsplanung/-durchführung) <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V
Gewicht: _____ (kg)		
Größe: _____ (cm)		
Seh-/Hörstörung <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	Depression <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V	verhaltenbezogene Schädigungen (z.B. Angst, Wahnvorstellungen, Unruhe, insbes. auch demenzielle Begleitsyndrome) <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> J <input type="checkbox"/> V

Weitere behandlungsrelevante Schädigungen:

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

F. Behandlungsrelevante nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen: (für Selbstversorgungsfähigkeit vgl. Abschnitt K: Barthel-Index)

Kommunikation	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Planen und Handeln	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Orientierung / Gedächtnis	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Hauswirtschaftliche Verrichtungen (z.B. Einkaufen, Kochen, Waschen, Putzen)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Interpersonelle Aktivitäten/Beziehungen (z.B. Beziehungen eingehen)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen (sich beschäftigen können, Bankgeschäfte erledigen)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Teilhabe am Gemeinschafts-, sozialen und öffentlichen Leben (z.B. Freizeit, Kultur, Sport)	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
Sonstiges: _____		

G. Behandlungsrelevante Kontextfaktoren

1. Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Konflikte, Angehörigenpflege, Tod eines Angehörigen)

2. Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, Sprachprobleme)

3. Risikofaktoren

Nikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel
 Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges _____

H. Bisherige Maßnahmen der Krankenbehandlung bzgl. der behandlungsbegründenden Indikation

1. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung, Operationen u. ä.)

Erläuterungen: _____

Patient befindet sich derzeit in Krankenhausbehandlung: N J wenn ja: stationär teilstationär

Entlassung ist geplant am: _____ (Datum) **(die Punkte 3 und 5 entfallen dadurch)**

2. Arzneimitteltherapie: aktuelle Medikamentenliste beigelegt
Unverträglichkeiten N J von _____

3. Heilmittel	in den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl		in den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl
	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	
Massagetherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____	Wärme-/Kältetherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____
- davon Lymphdrainage	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____	Standard. Heilmittelkombination	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____
Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____	Stimm-/Sprech-/Sprachtherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____
Traktionsbehandlung	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____	Schlucktherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____	Ergotherapie	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____
Inhalation	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J	_____				

Hinweise: _____

4. Vorhandene behandlungsrelevante Hilfsmittel: Handstock Rollator Unterarmgehstütze
 Rollstuhl Gehbock

Weitere: _____

5. Weiterhin durchgeführte Maßnahmen (z.B. Ernährungsberatung, Psychotherapie, Patientenschulung, Rehasport/Funktionstraining)

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

I. Behandlungsfähigkeit

Patient/in ist ausreichend belastbar für mind. zwei 30-minütige Übungsbehandlungen pro Tag N J Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation/ist motivierbar N J

Patient/in kann - ggf. mit Laienhilfe - die Einrichtung aufsuchen N J Behandlung ist nur im häuslichen Umfeld aussichtsreich* N J

* Patient ist aufgrund mentaler Schädigungen oder eines spezifisch adaptierten Wohnumfeldes bei schweren Seh-/Hörstörungen oder Bezugspersonengebundener Kompensations-/Ersatzstrategien bei Stimm-/Sprech-/Sprachstörungen auf eine Behandlung im gewohnten/ständigen Wohnumfeld angewiesen.

J. Konkret zu benennende prioritäre Behandlungsziele

Behandlungsziel 1

Behandlungsziel 2

Behandlungsziel 3

Behandlungsziel 4

K. Barthel-Index (ggf. weitere relevante Assessmentbefunde bitte beifügen)

gemäß Hamburger Manual (bitte einkreisen)

					Relevantes Behandlungsziel?	
1. Essen	0	5	10		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
2. Transfer	0	5	10	15	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
3. Persönliche Hygiene	0	5			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
4. Toilettenbenutzung	0	5	10		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
5. Selbständiges Baden	0	5			<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
6. Gehen auf Flurebene/Rollstuhlfahren	0	5	10	15	<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
7. Treppensteigen	0	5	10		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
8. An- und Auskleiden	0	5	10		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
9. Stuhlkontinenz	0	5	10		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J
10. Urinkontinenz	0	5	10		<input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> J

<p>Datum <input type="text"/></p> <p>Unterschrift des Patienten, der ihn seinem Willen vertretenden Person oder des rechtlichen Betreuers</p>	<p>Datum <input type="text"/></p> <p>Telefonnummer des zuweisenden Arztes:</p> <p>_____ / _____</p> <p>Rückruf erbeten durch den Klinik-Geriater ==</p> <p>Stempel / Unterschrift des zuweisenden Arztes</p>
--	---

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Verordnung von ambulanter / mobiler geriatrischer Rehabilitation
- Ergänzende Befunde und Bewertungen -
(von der Rehabilitationseinrichtung auszufüllen)

L. obligatorische Assessmentbefunde

Timed „Up & Go“: Zeit: ____ sec.
Hilfsmittel genutzt: nein Unterarmgehstütze li re Handstock li re
Rollator Gehbock Sonstiges: _____
Aufgabe nach 5 Min. nicht bewältigt

Numerische Schmerzskala: Ruheschmerz _____ von 10 Schmerzspitze _____ von 10 (0-10)

Mini-Mental State Examination: _____ von 30 Pkte. / Bemerkungen: _____

Depressions-Screening gemäß TFDD: _____ von 20 Pkte.* / Bemerkungen: _____
* > 8 Pkte. deutet auf eine depressive Störung hin

M. optionale Assessmentbefunde

Geriatrische Depressionsskala: _____ von 15 Pkte. (nicht bei MMSE <= 20 Pkte.)

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: _____ von 60 Pkte.

Clock Completion Test (mod. n. Shulman 1993): _____ von 6 (Score) Hinweis auf kognitive Störung
Hinweis auf Neglect

Balance-Tests: Tandemstand ____ sec Semi-Tandemstand ____ sec Side by side Test ____ sec
Einbeinstand rechts ____ sec links ____ sec (normal 10, Abbruch jeweils bei 20 sec)

Stuhl-Aufsteh Test (5 x, Arme vor der Brust gekreuzt): ____ sec (> 12 sec erhöhte Sturzgefahr, Abbruch > 60 sec)

Gait Speed Test (4 m): ____ sec

Handkraftmessung: rechts ____ kp links ____ kp (Maximum aus 3 Messungen, Pausen > 15 sec)

Labyrinthtest: ____ sec Hinweis auf kognitive Störung Hinweise auf visuelle Störung

20 1 Cent Stücke einzeln vom Tisch in eine Schale legen: rechts ____ sec links ____ sec

N. Durch den Klinik-Geriatrer konkret zu benennende Behandlungsziele unter Berücksichtigung der vom Zuweiser benannten Behandlungsziele

Behandlungsziel 1 vom Zuweiser übernommen? In Absprache mit Zuweiser modifiziert

Behandlungsziel 2 vom Zuweiser übernommen? In Absprache mit Zuweiser modifiziert

Behandlungsziel 3 vom Zuweiser übernommen? In Absprache mit Zuweiser modifiziert

Behandlungsziel 4

O. Zusammenfassende Wertung durch den Klinik-Geriatrer

1. Besteht eine positive Behandlungsprognose hinsichtlich der Behandlungsziele aus Sicht des Klinik-Geriaters gemäß der vorliegenden Befunde? N J

2. empfohlene Behandlung keine ambulante Reha mobile Reha
geriatrische Krankenhausbehandlung: stationär teilstationär
indikationsspezifische Rehabilitation Heilmittel

3. Rückruf erbeten unter Telefonnummer: _____ / _____ durch die Krankenkasse
durch den MDK

4. Besondere Hinweise: _____

Datum

--	--	--

Stempel / Unterschrift des Klinik-Geriaters