

AGAPLESION Bethesda Klinik Ulm

Anmeldende Stelle: Arztpraxis: _____ Klinik: _____

(Stempel)

Tel. Nr: _____ Fax. Nr: _____

AGAPLESION Bethesda Klinik Ulm

Tagesklinik

Zollernring 26

89073 Ulm

Bitte das Original der Anmeldung an obige Anschrift schicken bzw. faxen (Fax Nr. 0731 / 187-310). Falls gewünscht, kümmern wir uns für Patienten mit Regelleistungen um die Kostenzusage bei der zuständigen Kasse. Ansprechpartner bei Rückfragen: Tagesklinik, Frau Fischer, Tel. 0731 / 187-110;
Chefarzt Prof. Dr. Th. Nikolaus, Tel. 0731 / 187-185;

Antrag auf Kostenübernahme für eine geriatrische Rehabilitationsmaßnahme (nach § 111 Abs. 2 SGB V / § 40 Abs. 1 SGB V)

Patientendaten:

Name, Vorname der Patientin/des Patienten: _____

Geburtsdatum: _____ Tel. Nr.: _____

Anschrift: _____

Krankenkasse: _____ Versicherungsnummer: _____ Versicherungsstatus: _____

Nächste Angehörige: _____ Tel. Nr. _____

Hausarzt: _____ Tel. Nr.: _____ Fax. Nr. _____

Kostenzusage (bitte ankreuzen) liegt vor ist beantragt soll von uns beantragt werden

Datum der vorgesehenen Aufnahme: _____

Indikationsfelder nach Geriatriekonzept:

- Gefäßbedingte Gehirnfunktionsstörung
- Operativ versorgte Fraktur OP-Datum _____
- Diabetische Spätschäden
- Neurologische Erkrankung
- Verzögerte Rekonvaleszenz
- Andere Erkrankung: _____

Ambulante Behandlung nicht möglich wegen:

- multipler Funktionsstörungen
- interdisziplinäre Therapie erforderlich
- Mobilität nicht ausreichend
- hohe Therapiedichte erforderlich
- Sonstiges: _____

Reha-Hauptdiagnose:

bitte mit Datum und ICD 10-Nummer _____ ICD 10 Nr _____

Weitere Diagnosen:

bitte mit Datum und ICD 10-Nummer _____ ICD 10 Nr _____
 _____ ICD 10 Nr _____
 _____ ICD 10 Nr _____
 _____ ICD 10 Nr _____
 _____ ICD 10 Nr _____

Bisher im Krankenhaus bzw. ambulant durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

- Krankengymnastik: täglich wöchentlich (einmal, zweimal, 3 mal Woche)
- Ergotherapie: täglich wöchentlich (einmal, zweimal, 3 mal Woche)
- Logopädie: täglich wöchentlich (einmal, zweimal, 3 mal Woche)

Sonstige Therapien: _____

Angestrebte Rehazielle (Mehrfachnennung möglich)

- Beseitigung bzw. Linderung der vorhandenen Beschwerden - Beeinträchtigungen - um die Manifestation der
- Krankheit zu verhindern
- Zur Vermeidung - Verminderung von Pflegebedürftigkeit
- Erhalt - Förderung - verbleibender Funktionen des Patienten zur Wiedereingliederung in das soziale Umfeld,
- Familie und häuslichen Bereich.
- Zur Verkürzung der stationären Krankenhausbehandlung

Spezielle individuelle Reha-Ziele für den Patienten selbst

(bitte genaue Angabe, da für Entscheidung über Antrag relevant)

(z.B. Rollstuhltraining, Gangschulung, Transfer, Treppensteigen, Haushaltstraining):

Voraussichtliche Dauer der Behandlung :

- 15 Behandlungstage 20 Behandlungstage
 25 Behandlungstage 30 Behandlungstage

Vorgeschlagene Behandlungsmaßnahmen:

(Bitte genaue Angabe, da für Entscheidung über Antrag relevant)

- Krankengymnastik: zweimal pro Woche dreimal pro Woche viermal pro Woche
Ergotherapie: zweimal pro Woche dreimal pro Woche viermal pro Woche
Logopädie: zweimal pro Woche dreimal pro Woche viermal pro Woche

Weitere Therapiemaßnahmen: _____

Liegt Reha-Notwendigkeit vor? ja nein

Liegt Reha-Fähigkeit vor? ja nein

Liegt Reha-Willigkeit vor? ja nein

Erläuterungen

Reha-Notwendigkeit:

ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu vermindern. Weiter um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitsstatus zu erhalten.

Reha-Fähigkeit:

liegt vor, wenn bei dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muß die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein

Reha-Willigkeit:

Der Patient muß zur weiteren Mitarbeit bei den Rehabilitationsmaßnahmen unter teilstationären Bedingungen bereit sein.

Datum: _____

Tel. Nr. für Rückfragen: _____

Unterschrift der einweisenden Ärztin/Arztes

Basisassessment: ADL Barthel – Hamburger Manual

Essen: Komplet selbstständig oder selbstständige PEG-Beschickung/-Versorgung.....	10
Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbstständiges Einnehmen	
oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung.....	5
Kein selbstständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung.....	0
Aufsetzen & Umsetzen: Komplet selbstständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück.....	15
Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienkraft).....	10
Erhebliche Hilfe (geschulte Laienkraft oder professionelle Hilfe).....	5
Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert.....	0
Waschen: Vor Ort komplett selbstständig incl. Zähneputzen, Rasieren, Frisieren.....	5
Erfüllt „5“ nicht.....	0
Toilettenbenutzung: Vor Ort komplett selbstständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl	
incl. Spülung/Reinigung.....	10
Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder	
deren Spülung/Reinigung erforderlich.....	5
Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl.....	0
Baden/Duschen: Selbstständiges Baden oder Duschen incl. Ein/Ausstieg, sich reinigen, abtrocknen.....	5
Erfüllt „5“ nicht.....	0
Aufstehen & Gehen: Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und	
mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. Stöcke/Gehstützen) gehen.....	15
Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und	
mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen.....	10
Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen	
alternativ: im Wohnbereich komplett selbstständig im Rollstuhl.....	5
Erfüllt „5“ nicht.....	0
Treppensteigen: Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. incl. Stöcken/Gehstützen) mindestens	
ein Stockwerk hinauf und hinuntersteigen.....	10
Mit Aufsicht oder Laienhilfe ein Stockwerk hinauf und hinunter.....	5
Erfüllt „5“ nicht.....	0

<p>An- & Auskleiden: Zieht sich in angemessener Zeit selbstständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. ATS, Prothesen) an und aus..... 10</p> <p>Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbstständig an und aus, sofern Utensilien in greifbarer Nähe sind..... 5</p> <p>Erfüllt „5“ nicht..... 0</p>
<p>Stuhlinkontinenz: Ist stuhlinkontinent, ggf. selbstständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder AP-Versorgung 10</p> <p>Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder Benötigt Hilfe bei rektalen Maßnahmen / AP-Versorgung..... 5</p> <p>Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent..... 0</p>
<p>Harninkontinenz: Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontienz / versorgt seinen</p> <p>DK komplett selbstständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Bettwäsche/Kleidung)..... 10</p> <p>Kompensiert seine Harninkontinenz selbstständig mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung/Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems..... 5</p> <p>Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent..... 0</p>

Gesamtpunkte:

Kognitive Defizite: keine leichte deutliche

Neuropsychologische Störungen:

- nein
- ja, welche =====>
- Sprachstörung Neglect Apraxie Hemianopsie

Medikation:

- keine
- täglich 1-4 verschiedene Medikamente
- 5 und mehr verschiedene Medikamente pro Tag

Hinweise auf Depression:

- nein ja

Sehen:

- unbeeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Gehör:

- unbeeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Einwilligungserklärung

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass für mich bei der zuständigen Krankenkasse ein Antrag auf Durchführung einer geriatrischen Rehabilitationsmaßnahme in der AGAPLESION BETHESDA KLINIK gGmbH gestellt wird.

Ich bin damit einverstanden, ärztliche Unterlagen, soweit für Antragstellung erforderlich, der Krankenkasse zuzusenden und entbinde die behandelnden Ärzte diesbezüglich von der ärztlichen Schweigepflicht.

Datum

Unterschrift der/des
Patientin/Patienten, bzw. des Betreuers

Name und Telefonnummer der nächsten Bezugsperson des Patienten