

Antrag auf Anschlussrehabilitation

Krankenkasse
Versichertennummer
Patientin/Patient (Name, Vorname)
Geb.-Datum
Straße, Hausnummer
Postleitzahl, Wohnort

Krankenhaus
Anschrift
IK-Nummer
Kennzeichen/Aktenzeichen
Abteilung/Station
Stationär einweisende/r Haus-/Fachärztin bzw. Haus-/Facharzt

1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI

nein ja, Pflegegrad _____ beantragt

2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge:

Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?

	Rentenbezug	Rentenantrag	Träger der Rentenversicherung
Altersrente	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____
Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	_____

Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit nein beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.

3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen

Befinden Sie sich in Altersteilzeit?

nein ja

Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet?

nein ja

ggf. auf Grund von Minijob Kindererziehungszeiten Pflege von Angehörigen Versorgungsausgleich

4. Fragen zur häuslichen Situation

In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____

Ist ein Aufzug vorhanden?

nein ja

Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):

5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?

Leben Sie

zu Hause allein im betreuten Wohnen
 mit Angehörigen in einer Alten-/Pflegeeinrichtung
 mit sonstigen Personen

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? ja nein

Antrag auf Anschlussrehabilitation

6. Bemerkungen (z. B. spezielle Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung):

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Datenschutzhinweis:

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass die Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte 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. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung mit Wirkung für die Zukunft jederzeit widerrufen kann.

Ort, Datum

Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Angaben des Sozialdienstes

1. Kontaktdaten des Sozialdienstes im Krankenhaus/in der Klinik:

Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer: _____

Faxnummer: _____

2. Besteht eine Teilnahme der Patientin/des Patienten an einer integrierten Versorgung?

nein ja nicht bekannt

3. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?

nein ja

Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

4. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?

nein ja, (Name, Anschrift und Tel.) _____

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

Name:	Vorname:	Geburtsdatum:	Versichertennummer:
-------	----------	---------------	---------------------

I.2. Indikation*

- Muskuloskeletale Erkrankungen
 Kardiologie
 Neurologie
 Geriatrie
 Sonstige _____

*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage) obligat bei Neurologie u. Geriatrie beizufügen, bei anderen Indikationen entsprechend den Anforderungen des Kostenträgers

I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung ist voraussichtlich abgeschlossen

am _____ Aufnahme in die stationäre Behandlung erfolgte am _____

I.4. Werden neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

- nein
 ja, folgende _____ OPS

--	--	--	--

 Voraussichtlich bis: _____

I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen

- als Direktverlegung
 frühestens am _____, weil _____

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung (Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seitenlokalisation	Ursache der Erkr.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits
1.				Ursache der Erkrankung 0 = 1-5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG)
2.				
3.				
4.				
5.				

II.2. Akutereignis/ Durchgeführte Behandlungen:

- Akutereignis am _____
 Operation am _____ Welche? _____ OPS

--	--	--	--

 Wunde geschlossen und reizlos?
 ja
 nein
 andere Behandlungen, und zwar _____

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf:

- nein
 ja
 Wenn ja:
 im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postoperative Luxation der Prothese) _____
 kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie) _____
 sonstige (z. B. Pneumonie) _____
 Besiedelung mit multiresistenten Keimen. Welche Keime? _____

II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?

Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:

III. Rehabilitationsfähigkeit

III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um aktiv an der Therapie teilzunehmen?

- nein ja ja, mit Einschränkungen hinsichtlich:
- Gedächtnis/Handlungsplanung
 - Sozialverhalten
 - körperlicher Belastbarkeit
 - sonstiges: _____
(z. B. besondere Schmerzsymptomatik, Inkontinenz, eingeschränkte Mobilität)

III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der AR:

- voll belastbar teilbelastbar mit _____ übungsstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ja nein

Besonderheiten: _____

III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?

- nein ja, und zwar bei: _____
(bitte entsprechende aktuelle Assessments beifügen z. B. Barthel-Index oder FIM oder SINGER)

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

V. Zusammenfassende Bewertung

Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

- ambulant ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz) _____
- stationär, weil _____

VI. Sonstige Angaben

VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt

- nein ja, und zwar:
- Dialyse, welche Form _____
 - sonstiges _____
(z. B. wegen gravierender Hör- und Sehbehinderung, Immunsuppressiva, besonderer Hilfsmittelbedarf, Weaning, aufgrund von massivem Übergewicht)

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist notwendig?

- öffentliches Verkehrsmittel Taxi/Pkw Krankentransport liegend Krankentransport sitzend

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/ des behandelnden Krankenhausarztes:

Vor- und Nachname: _____ Telefonnummer für Rückfragen: _____

Datum _____

Unterschrift der behandelnden Krankenhausärztin/-arzt _____

Stempel _____

Datenschutzhinweis (§82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V) und zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben des Arztes oder Angehöriger anderer Heilberufe nach § 100 SGB X erhoben.

Patientin/Patient (Name, Vorname): _____

_____ Geb.-Datum: _____

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen)

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

2. Frühreha-Barthel-Index (FR-Index)

	nein	ja	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0	- 50	
Absaugpflichtiges 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	
Summe Frühreha-Barthel-Index			0

Patientin/Patient (Name, Vorname):

Geb.-Datum:									