

Antrag auf Anschlussrehabilitation

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer
Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum

I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)

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="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> 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 und dort allein oder
 mit Angehörigen/mit sonstigen Personen

im Betreuten Wohnen

in einer Alten-/Pflegeeinrichtung

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt? ja nein

6. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (sofern vorhanden)

Name _____

Adresse (soweit bekannt)
Straße, Haus-Nr. _____

Postleitzahl _____ Wohnort _____

Telefon-Nr. _____

7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigegefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse_____
Ort, Datum_____
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters**Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):**

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. 18 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 meine 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 Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

Ort, Datum_____
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

V1.0

S. 2 / 3

II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)

Krankenhaus

Anschrift

Fallnummer/Patienten-ID

1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):

Name, Vorname

Telefon-Nr.

Fax-Nr.

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

nein ja

Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?

nein ja, (Name, Anschrift und Telefon-Nr.)

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

Name	Geburtsdatum	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/>
Vorname	Versichertennummer	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>

I.2. Indikation*

- Muskuloskeletale Erkrankungen
 Kardiologie
 Neurologie
 Geriatrie
 Sonstige: _____

*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)

I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung

Aufnahmedatum _____ voraussichtliches Entlassdatum _____

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

- nein
 ja

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	ICD-10-GM ¹	Ur-sache ²
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

¹ Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

² 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)

II.2. Durchgeführte Behandlungen

- 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. postop. Luxation der Endoprothese)

kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

sonstige (z. B. Pneumonie)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

ja, welche Keime? _____

nein nicht bekannt

II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Befundung)

Lernen und Wissensanwendung (Beeinträchtigungen beim Zuhören/Zuschauen, Aneignen von Fertigkeiten sowie der Konzentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entscheidungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten)

nein ja, und zwar _____

Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)

nein ja, und zwar _____

Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)

nein ja, und zwar: _____

Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)

nein ja, und zwar _____

Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)

nein ja, und zwar _____

Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)

nein ja, und zwar _____

Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Beeinträchtigungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Familien-, informellen und formellen sozialen Beziehungen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, abnehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)

nein ja, und zwar _____

Bedeutende Lebensbereiche (Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung/ Erziehung und Bildung und Einschränkungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)

nein ja, und zwar _____

Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)

nein ja, und zwar _____

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertenr.
Geb.Datum

V1.0
S. 2 / 6

III. Rehabilitationsfähigkeit
III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit: _____ <input type="checkbox"/> übungstabil Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besonderheiten: _____ _____
III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)</div>
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? <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz): _____ <input type="checkbox"/> stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung): _____ _____
VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation
VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen: <input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____ <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Chemotherapie</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Immunsuppressiva</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Katheter</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> PEG</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Isolationspflicht</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Beatmung</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Tracheostoma</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Weaning</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> OS/US-Prothese</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Bettüberlänge</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> sonstiges _____</div> </div> _____ _____

Krankenkasse
 Name:
 Vorname

Versichertennr.
 Geb.Datum

V1.0
 S. 3 / 6

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich 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:

Name, Vorname _____

Telefon-Nr. für Rückfragen _____
o.g. Arzt oder Oberarzt der Station verlangen

Datum _____

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

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).

AGAPLESION BETHESDA KLINIK ULM
Zollernring 26, 89073 Ulm

AGAPLESION
BETHESDA KLINIK ULM
Gemeinnützige GmbH

**Ambulante
Rehabilitation/
Rehasekretariat**

Zollernring 26
89073 Ulm
T (0731) 187 - 115
F (0731) 187 - 316
*Therapiezentrum.BGU@
agaplesion.de*


Diakonie

www.bethesda-ulm.de

_____/fm

**Kostenübernahme der Fahrten in die ambulante geriatrische
Rehabilitation**

Sehr geehrte/r Krankenkassen,

oben genannte Rehabilitandin wird nach §111 Abs. 5 SGB V in unserer ambulanten geriatrischen Rehabilitation weiterversorgt. Der Antrag auf ambulante Rehabilitation liegt Ihnen bereits vor.

Der/die Rehabilitand:in _____
ist aufgrund ihrer im Moment noch bestehenden Beeinträchtigung (im Sinne der internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit) auf eine Beförderung durch den qualifizierten Transportdienst des Deutschen Roten Kreuzes angewiesen.

Die Durchführung des Transportes ist aus zwingenden medizinischen Gründen durch einen solchen qualifizierten Transportdienst erforderlich, eine Fahrt mit öffentlichen Verkehrsmitteln oder privaten Kraftfahrzeugen ist der zukünftigen Rehabilitandin nicht möglich.

Der Transportdienst des Deutschen Roten Kreuzes ist im Besitz einer Genehmigung nach dem Personenbeförderungsgesetz, das Wirtschaftlichkeitsgebot wird durch die direkten Vereinbarungen der zuständigen Krankenversicherungen mit dem DRK eingehalten.

Wir bitten um Erklärung der Kostenübernahme.

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	
Essen	
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0 <input type="checkbox"/>
Aufsetzen und Umsetzen	
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15 <input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10 <input type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5 <input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0 <input type="checkbox"/>
Sich waschen	
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5 <input type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Aufstehen und Gehen	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15 <input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10 <input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10 <input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden	
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10 <input type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz	
• ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
Harninkontinenz	
• ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10 <input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe _____

Krankenkasse

Name:

Vorname

Versichertennr.

Geb.Datum

V1.0

S. 5 / 6

2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	nein	ja	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Intermittierende Beatmung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Schwere Verständigungsstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 25 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Summe Frühreha-Barthel-Index			

Krankenkasse
Name:
Vorname

Versichertenr.
Geb.Datum

V1.0
S. 6 / 6