

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

Status

Betriebsstätten-Nr.

Arzt-Nr.

Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen

1. _____
2. _____
3. _____

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Seite * Ursache **

* Seitenlokalisation

R = rechts

L = links

B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 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. IISG)

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4. _____
5. _____
6. _____

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

--	--	--

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

--

--

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthell/Frühreha-Barthell)

--

--

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

--

--

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

--

--

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	nein ja, welche? _____
--------------------------	--------------------------	-----------------------------

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

--

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>			
Essen / Trinken		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. Kontextfaktoren

- 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-bedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

- 2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	<input type="checkbox"/> Übergewicht	<input type="checkbox"/> Untergewicht	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)				

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgererkennung

Versicherten-Nr.

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

 ja

nein

IV. Rehabilitationsziele**A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen**

Kräftigung der Muskulatur bei Sarkopenie und Frailty-Syndrom zur Sturzprophylaxe... Sichere Mobilität im häuslichen Umfeld... Erhalt der ADLs, insbesondere Einkaufen. Selbstständigkeit bei den wesentlichen ADLs im Betreuten Wohnen zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit im Sinne Reha vor Pflege. Ausbau der nicht-medikamentösen Schmerztherapie, um eine weitere Multimedikation und entspr. Nebenwirkungen zu vermeiden. Soziale Unterstützung durch Berufstätigkeit durch ... eingeschränkt. Häusliches Umfeld mit der Notwendigkeit Treppen zu steigen (Reihenhaus)...

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

Starkes Autonomiestreben - gibt sich nicht auf- möchte Selbsthilfefähigkeit erhalten - bisherige Maßnahmen trotz ausgeprägter Motivation des Patienten und ordentlicher Compliance nicht ausreichend -> möchte Alternative ...

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine positive Prognose für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

 ja

eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit
in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage

VI. Zuweisungsempfehlungen**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

ambulant

ambulant-mobil

 stationär

Mütter-Leistung

Väter-Leistung

als Mutter-Kind-Leistung

als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen

(u. a. Anforderungen an die Einrichtung z.B. Barrierefreiheit auch für Körper-, Seh-, Hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergien, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

 nein

 ja, welche?

Angebot sollte auf geriatrische, vulnerable Patientenzugeschnitten sein. Gemischtes Angebot aus Physio- und Ergotherapie mit Aspekten von Kraft, Koordination und Balance, immer mit dem Ziel des Erhalts- und der Verbesserung der Teilhabe.

VII. Sonstige Angaben**A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund**
 neuer Indikation

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig
 ja

 nein
C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert
 ja

 nein
D. Reisefähigkeit
 öffentliche
Verkehrsmittel

 PKW erforderlich

 Begleitperson erforderlich
E. Sonstiges (z.B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)
F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen
Verordnung (Teil 8-0)
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

T	I	M	M	J
---	---	---	---	---

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes