

Reha-Klinik/-Institution:  
 Anschrift:  
 Tel./Fax:

Ansprechpartner:  
 Durchwahl:

# N **Ärztlicher Verlängerungsantrag für neurologische Rehabilitationsleistungen**

Anschrift der Krankenkasse /Fax

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

Geb. am Krankenversicherungsnummer

**1.**

	Datum	Phase (nach BAR)	stationär	ambulant
<b>Beginn der Rehabilitationsleistung:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Genehmigt bis:</b>				
<b>Datum des Verlängerungsantrages:</b>				
<b>Verlängerung beantragt bis:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übergang in Phase ..... ab ..... (Datum)

Übergang in Phase ..... voraussichtlich in ..... Wochen möglich.

Neurologisches Reha-Assessment durchgeführt am ..... (Datum)

Positive Erwerbsprognose bei Phase C-Patienten im Sinne des RV-Trägers liegt vor?

nein  ja  seit wann? ..... (wenn positiv, Reha-Assessment-Befundbericht beifügen)

**2.1 Rehabilitationsrelevante Diagnose(n)(nach ICD 10):** seit wann?

**2.2 Weitere Diagnosen:** seit wann?

**2.3 Komplikationen im Rehabilitationsverlauf:** seit wann?

**3. Aktueller Befund**

*Es wird um genaue Beschreibung der relevanten Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und ihres Verlaufes im Hinblick auf Befund bei Aufnahme oder letztem Verlängerungsantrag gebeten.*

	gleich	besser	schlechter
<b>3.1 Extremitätenschädigungen</b> (z.B. Muskelkraftminderung, spast., schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen)			
<b>3.2 Haltungsschädigungen</b> (z.B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)			

	gleich	besser	schlechter
<b>3.3 Sensorische Schädigungen</b> (z.B. Sensibilitätsstörungen, Schmerzen, Reflexdystrophie)			
<b>3.4 Sprach-/Sprechschädigungen</b> (z.B. Aphasie, Dysarthrie, ggf. Angabe Aachener Aphasietest oder andere Assessments)			
<b>3.5 Schädigungen des Sehens oder Hörens</b>			
<b>3.6 Mental/kognitive Schädigungen</b> (z.B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)			
<b>3.7 Psychische Schädigungen</b> (z.B. Störung des Bewußtseins, Verhaltens, Willens; Depression)			
<b>3.8 Viszerale Schädigungen</b> (z.B. Herz-Kreislaufschädigungen, Luftnot, Schädigungen des Kauens und Schluckens, der Harnausscheidung)			

**4.0 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe**  
soweit in beigefügten Bögen nicht erfasst  
Befunde bei Aufnahme und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z.B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP, Timed up and go)

	bei Aufnahme	aktuell
<b>4.1 Wissen anwenden, Planen und Handeln, Regeln befolgen</b>		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Routinen unter Schwierigkeiten erledigen, Hilfen erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein selbstständiges Handeln möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2 Kommunikation und Konversation</b>		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen mit Schwierigkeiten umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3 Mobilität (Liegen, Umlagern, Aufrichten, Sitzen, Transfer)<sup>1</sup></b>		
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.4 Mobilität (Rollstuhl benutzen, Gehen, Treppensteigen)<sup>2</sup></b>		
keine Störungen oder Fortbewegung mit Hilfsmittel sicher möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsicheres Gehen mit Sturzneigung, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Unzutreffendes streichen

<sup>2</sup> dto.

4.5 Mobilität (Fingerfertigkeit, Hand-Armgebrauch) <sup>3</sup>	bei Aufnahme	aktuell
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezielter Einsatz von Fingern, Hand und Arm nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Besondere Probleme		
situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.1	Schädigungen (3.1 – 3.8)				
5.2	Aktivitäten, Teilhabe (4.1 – 4.6) und Kontextfaktoren				
5.3	Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen:				

## 6. Rehabilitative Therapie

Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:

(ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.Wo.	.Wo.	.Wo.	.Wo.	geplant

7. Warum kann - bei stationären Rehabilitationsleistungen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

## 8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung

- Zuhause selbständig     
 Zuhause mit Hilfe     
 Kurzzeitpflege     
 Anpassung des Wohnumfeldes  
 Wohnheim     
 Pflegeheim

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen

Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Stempel

<sup>3</sup> dto.