

Antrag des Versicherten auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Hiermit beantrage ich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Als Leistungen können ambulante oder stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen. Es gilt das Prinzip „ambulant geht vor stationär“.).

1. Personalien des Versicherten

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Telefon*	KV-Nr. (soweit bekannt)	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Hausarzt (Name/Anschrift/Telefon*)			

2. Ist die Erkrankung auf fremde Einwirkung zurückzuführen?

- ja nein, und zwar als Folge einer Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung
 einer Berufskrankheit/eines Arbeitsunfalls
 einer Körperverletzung durch Dritte

3. Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?

- ja nein - Rentenart: _____

4. Ist eine Rente beantragt?

- ja nein - Rentenart: _____
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung
 vom Versorgungsamt
 aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)

Name und Anschrift des Leistungsträgers: _____

→ bitte wenden

5. Beziehen Sie Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung?

- ja nein, wurden beantragt
 sollen beantragt werden
 Pflegestufe. Welche? _____ Seit wann? _____

6. Angaben zur sozialen Situation

- Ich lebe zuhause allein
 mit Angehörigen
 mit sonstigen Personen

- in einer Pflegeeinrichtung
 in einem Altenheim/Altenwohnheim

Ich welcher Etage wohnen Sie? Erdgeschoss Etage _____

Gibt es einen Aufzug? ja nein

Ist die häusliche Versorgung nach Krankenhausentlassung sichergestellt? ja nein

Ist für Sie ein Betreuer bestellt? ja nein

Wenn ja, für welchen Bereich? Personensorge
 Vermögenssorge

Name und Anschrift des Betreuers bzw. des nächsten Angehörigen:

Datenschutzhinweis: Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 40 SGB V, für die 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, 66 SGB I verpflichtet sind. Anderenfalls kann Ihnen die Rehabilitationsleistung versagt werden. Allgemeine Informationen zur Datenverarbeitung und zu Ihren Rechten finden Sie unter www.aok.de/nordost/datenschutzrechte.

Einverständniserklärung: Ich bin damit einverstanden, dass von der AOK Nordost im Auftrag des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ärztliche Daten über meine Person, von den mich behandelnden Ärzten und Krankenhäusern, zur direkten Übersendung an den MDK abgefordert werden können. Diese Daten sind für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf die Rehabilitationsmaßnahme erforderlich. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Zur Entscheidung erforderlicher Behandlungs- und Therapiemaßnahmen bin ich damit einverstanden, dass die AOK Nordost ärztliche Daten und Unterlagen über meine Person an ausgewählte Rehabilitationseinrichtungen übermitteln kann.

Angaben, die mit „*“ gekennzeichnet sind, sind freiwillig.

Ort, Datum

Unterschrift des Versicherten/Betreuers

**Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation
(Ärztlicher Befundbericht)**

- Empfehlung:**
- | | |
|-----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ambulante Anschlussrehabilitation | <input type="checkbox"/> ambulante neurologische Anschlussrehabilitation |
| <input type="checkbox"/> stationäre Anschlussrehabilitation | <input type="checkbox"/> stationäre neurologische Anschlussrehabilitation |
| <input type="checkbox"/> ambulante geriatrische Rehabilitation | <input type="checkbox"/> neurologische Frührehabilitation Phase C |
| <input type="checkbox"/> stationäre geriatrische Rehabilitation | |

1. Personalien des Versicherten

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

Notwendige Angaben des Krankenhauses:

Hinweis: Krankenhausbehandlung einschließlich Frühmobilisation bzw. Wundheilungsstörungen müssen vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen sein!

Aufnahme im Krankenhaus erfolgte am: _____

Verlegung aus anderem Krankenhaus? ja nein

Voraussichtliche Entlassung erfolgt am: _____

Direktverlegung: ja nein

Wenn nein, bis wann sollte die Aufnahme in der Rehabilitationsklinik von zu Hause aus voraussichtlich erfolgen? _____ (Aufnahme-Ab-Datum)

Erfolgte bereits eine frührehabilitativ/geriatrische Komplexbehandlung im Krankenhaus? ja nein

Wenn ja, wird die Dokumentation der wöchentlichen Teambesprechungen im Einzelfall bei Bedarf durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung angefordert

2. Antragsrelevante Diagnosen (Kodierung konkret und endstellig – incl. der 5. Stelle)

	Klartext	ICD-10-GM	Seiten-Lokalis.*	Diagn. Sicherh.*	Ursache der Erkr.*
	Antragsrelevante Hauptdiagnose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
1	Weitere Antragsrelevante Nebendiagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
2		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
3		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
4		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
5		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			

* Spezifizierung von Zusatzangaben (siehe Seite 6)

→ bitte wenden

Hieraus resultieren folgende Funktionseinschränkungen:

(Objektive Befunde, z. B. das Ausmaß der Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode, z. B. Belastbarkeit bei Frakturen)

Bereits im aktuellen Krankenhausaufenthalt durchgeführte Therapien:

- Operation am _____ Welche? _____
- andere Therapien Welche? _____

Komplikationen im (aktuellen) Behandlungsverlauf: (z. B. Dekubitus/Wundheilungsstörungen):

3. Allgemeine Probleme

Bestand beim Patienten bereits eine erhebliche Einschränkung bei Mobilität und Selbsthilfefähigkeit vor diesem Krankenhausaufenthalt?

ja nein

Handelte es sich bereits vor dem Krankenhausaufenthalt um einen multimorbiden Patienten?

ja nein

Ist der Patient in den letzten drei Monaten gestürzt?
Patient bisher regelmäßig mehr als fünf verschiedene Medikamente ein?

ja nein ja nein

Ist die häusliche Versorgung gesichert?

ja nein

4. Aktueller Fähigkeits- bzw. Fertigungsstatus und besondere Versorgungsungen

Bitte beim Barthel-Index (siehe Erläuterungen zum Ausfüllen) ein Kreuz in das zutreffende Feld setzen!

Barthel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.	Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens vor dem Krankenhausaufenthalt	ja	nein
Essen/Trinken	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Selbst. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel		
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst.	Geringe Unterst.	erhebl. Unterst.	hilfebedürftig	Selbständiges Erledigen von Geschäftsangelegenheiten (Bank, Post, Behörden etc.)		
Waschen	/	/	Selbst.	hilfebedürftig	Selbständiges Telefonieren		
Toilettenbenutzung	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten können		
Baden	/	/	Selbst.	hilfebedürftig	500 m auf ebener Fläche ohne Pause gehen (eventuell mit Hilfsmittel)		
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. 50m	m. Hilfe 50m	Selbst. m. Rollstuhl	hilfebedürftig			
Treppensteigen	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Besonderheiten	ja	nein
An/Auskleiden	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Tracheostoma		
					PEG		
Darmkontrolle	/	Kontinent	gelegentl. inkont.	perman. inkontinent	Blasenkatheter		
					Künstlicher Darmausgang		
Blasenkontrolle	/	Kontinent	Gelegentl. inkont.	perman. inkontinent	intermittierende Beatmung		
					schwere Orientierungsstörung		
Summe der Spalten					schwere Verständigungsstörung		
					schwere Verhaltensstörung		
Gesamtpunktzahl Barthel-Index:							

5. Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> Infektion oder Besiedlung durch multiresistente Keime, z. B. MRSA/ESBL/u. a. Laborbefunde beifügen!	
<input type="checkbox"/> Infusion/Antibiotika	
<input type="checkbox"/> Körperersatzstücke?	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> geplant
<input type="checkbox"/> Prothesen?	_____
<input type="checkbox"/> andere Hilfsmittel, z. B. <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Aphasie	
<input type="checkbox"/> Dialyse: am (Bitte Wochentag ankreuzen!)	<input type="checkbox"/> MO <input type="checkbox"/> DI <input type="checkbox"/> MI <input type="checkbox"/> DO <input type="checkbox"/> FR <input type="checkbox"/> SA <input type="checkbox"/> SO
<input type="checkbox"/> Form der Dialyse	

6. Weitere für die Durchführung der Rehabilitation relevante und erhebliche Störungen, soweit nicht schon unter Punkt 4 und 5 erfasst: Welche?

- kognitive Störungen _____
- psychische Störungen _____
- Schmerzen _____
- sonstige erhebliche Störungen _____

7. Rehabilitationsziele

Unter Berücksichtigung von Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit sollen die folgenden konkreten Rehabilitationsziele erreicht werden: (ggf. weitere Ergänzung auf Zusatzblatt)

a) somatischer Bereich: _____

b) funktionaler Bereich: _____

c) gegebenenfalls psychosozialer/edukativer Bereich: _____

8. Rehabilitationsprognose

In Bezug auf die oben genannten Ziele wird das Rehabilitationspotential wie folgt eingeschätzt:

- sehr gering gering mittel hoch sehr hoch

9. Können Rehabilitationsleistungen ambulant durchgeführt werden?

- ja nein

Wenn nein, aus welchem Grund ist dies nicht möglich?

→ bitte wenden

10. Transportmittel

- Öffentliche Verkehrsmittel Begleitperson erforderlich
- Taxi, Fahrdienst
- PKW
- Krankentransportwagen fachliche Betreuung durch Rettungssanitäter erforderlich
- sitzend
 - sitzend im Rollstuhl
 - liegend
 - Tragestuhl

11. Medikation (bitte Namen der Präparate und Dosierung angeben)

- eine Aufstellung der Medikation ist beigefügt

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

Station im Krankenhaus/Tel.-Nr.: _____

Datum und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Stempel des Krankenhauses

*Spezifizierung von Zusatzangaben

Seitenlokalisierung: R=rechts, L=links, B=beidseitig

Diagnosesicherheit: A=ausgeschl. Diagnose, Z=Zustand nach, G=gesicherte Diagnose

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 Wehrpflicht

5= Meldepflichtige Erkrankungen (z.B. BSeuchG)

Erläuterungen zum Ausfüllen von Punkt 4:

Barthel-Index:

Er enthält 10, in 5-, 10- oder 15 Punkt-Schritten unterschiedlich gewichtete Items mit einer maximalen Punktzahl von 100. Er ist hinsichtlich seiner Reliabilität und Unterschiedsensitivität gut untersucht und gilt als „Goldstandard“ einer Bewertung grundlegender Alltagsaktivitäten. In den oberen Bereichen, nahe der maximalen Punktzahl von 100, die zwar eine Unabhängigkeit in funktionellen Basisfunktionen ausdrücken, kann durchaus Unterstützungsbedarf, z. B. beim Essen-Kochen oder bei sozialen Aktivitäten bestehen. Der Barthel-Index gibt an, was ein Patient tatsächlich „tut“, nicht was er „kann“. Kognitive und kommunikative Aspekte fehlen. Fehlende Aktivitäten, die allerdings durch Außenanregung stimulierbar wären oder zu denen sich der Patient durch bloße Anwesenheit einer Betreuungsperson – aus Sicherheitsgründen – in der Lage fühlen würde, werden ebenso wie Geschwindigkeitsaspekte nicht erfasst.

Aktivität	Bewertungsstufen	Punktzahl
Essen	• Unabhängig, isst selbständig, benutzt Geschirr und Besteck	10
	• Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden	5
	• Nicht selbständig, auch wenn o.g. Hilfe gewährt wird	0
Bett-/(Roll-) Stuhltransfer	• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15
	• Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung notwendig	10
	• Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel Liegen/Sitzen selbständig	5
	• Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Waschen	• Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	5
	• Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeiten	0
Toilettenbenutzung	• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10
	• Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung	5
	• Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Baden	• Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5
	• Nicht selbständig bei o. g. Tätigkeit	0
Gehen auf Flur-ebene bzw. Rollstuhlfahren	• Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15
	• Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen	10
	• Nicht selbständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mindestens 50 m	5
	• Nicht selbständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0
Treppensteigen	• Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10
	• Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
	• Nicht selbständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	0
An- und Auskleiden	• Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10
	• Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbständig durchführen	5
	• Nicht selbständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Stuhlkontrolle	• Ständig kontinent	10
	• Eigentlich kontinent, maximal einmal/Woche inkontinent	5
	• Häufiger/ständig inkontinent	0
Urinkontrolle	• Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	10
	• Gelegentlich inkontinent, maximal einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5
	• Häufiger/ständig inkontinent	0