|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation** | | | | | |
| **I. Allgemeine Angaben** | | | | | |
| **I.1. Personalien der/des Versicherten:** | | | | | |
| **Name** | | **Geburtsdatum** | | **Geschlecht**  männlich   weiblich   divers  | |
| **Vorname** | | **Versichertennummer** | |
| **I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung** | | | | | |
| Aufnahmedatum | voraussichtliches Entlassdatum | | |  |  |
| * 1. **Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?**      + nein  ja | | | | | |
| **I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen**   * als Direktverlegung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: * außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am:   Medizinische Begründung: | | | | | |
| **II. Rehabilitationsbedürftigkeit** | | | | | |
| **II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge Ihrer Bedeutung**  (Codierung konkret und endständig) | | | | | |
| **Funktionsdiagnosen** | | | **ICD-10-GM 1** | | **Ur- sache2** |
| 1. | | |  | |  |
| 2. | | |  | |  |
| 3. | | |  | |  |
| 4. | | |  | |  |
| 5. | | |  | |  |
| 1 Die hier angegebenen 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. IfSG) | | | | | |
| * 1. **Durchgeführte Behandlungen**    Operation am  OPS | Welche? |  |  |  |  |
| Wunde geschlossen und reizlos?  ja  nein   * andere Behandlungen, und zwar | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1. **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, Dekubitus)   Besiedelung mit multiresistenten Keimen?   ja, welche Keime?   nein nicht bekannt | | | | | | | | |
| **II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?**  (Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung) | | | | | | | | |
| ***ICF-*Domäne** | ***ITEM*** | ***Professionelle Hilfe*** | | ***Laienhilfe*** | | ***selbständig*** | | ***Pun kte*** |
| ***Total*** | ***Kontakt***  ***-hilfe*** | ***Kontakt***  ***-hilfe*** | ***Assis- tenz*** | ***Mit HiMi*** | ***Ohne HiMi*** |  |
| ***0*** | ***1*** | ***2*** | ***3*** | ***4*** | ***5*** |  |
| **Selbstversorgung** | *Essen, Trinken* |  |  |  |  |  |  |  |
| *An- und Ausziehen* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Persönliche*  *Hygiene* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Waschen, Duschen* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Stuhlkontrolle* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Harnkontrolle* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Toilettengang* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Mobilität** | *Transfer* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Rollstuhlnutzung* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Gehen* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Treppensteigen* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Kommunikation** | *Hörverstehen* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Sprechen* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lernen & Wissen anwenden** | *Lesen & verstehen* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Schreiben* |  |  |  |  |  |  |  |
| **allg. Aufgaben & Anforderungen** | *Orientierung/*  *Gedächtnis* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Dauerkonzentration* |  |  |  |  |  |  |  |
| *Planen & Probleme*  *lösen* |  |  |  |  |  |  |  |
| **soziale Interaktion** | *Soziales Verhalten* |  |  |  |  |  |  |  |
| **häusliches Leben** | *Haushaltsführung* |  |  |  |  |  |  |  |
| **Gesamtscore** | | | | | | | |  |

|  |
| --- |
| **III. Rehabilitationsfähigkeit** |
| * 1. **Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?**      + nein  ja |
| **III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat**   * voll belastbar teilbelastbar mit bis zu: kg  übungsstabil * Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt:  ja  nein   Besonderheiten: |
| **III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)**  intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand absaugpflichtigesTracheostoma intermittierende Beatmung beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) schwere Verhaltensstörung beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung |
| **IV. Rehabilitationsziele/-prognose** |
| **Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?** |
| **V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung** |
| **V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme**  Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs Neurologische Erkrankungen  Krankheiten der Gefäße Onkologische Erkrankungen  Entzündliche-rheumatische Erkrankungen Gynäkologische Erkrankungen  Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen Hauterkrankungen   des Bewegungsapparates Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen  Gastroenterologische Erkrankungen Psychische Erkrankungen  Endokrine Krankheiten Suchterkrankungen  Krankheiten der Atmungsorgane Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane  Nephrologische Erkrankungen Geriatrie  Urologische Erkrankungen  Sonstige |

|  |
| --- |
| **V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?**   * ambulant  ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz): |
| * stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung): |
| **V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben**   * nein  ja, weil:   + Myokardinfarkt   + Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz   + Herzinsuffizienzen ab NYHA II   + endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk   + spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko   + Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose   + Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)   + Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen   + Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt   + Onkologische Krankheiten   + Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme   + geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatrietypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter) |
| **Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation** |
| **VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?**   * nein  ja, und zwar wegen:   + Dialyse, welches Verfahren   + Chemotherapie Immunsuppressiva Katheter PEG   + Isolationspflicht  Beatmung Tracheostoma Weaning   + OS/US-Prothese Bettüberlänge ausgeprägte Adipositas   + gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung Schwerlastbett bis zu: kg   + Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige; Pflegegrad (soweit bekannt):   + Dekubitus, Stadium:   + sonstiges |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | Öffentliches Verkehrsmittel |  |  | |  | PKW |  |  | |  |  |  |  | |  | Taxi/Mietwagen |  | Rollstuhltransport | |  | KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung  notwendig ist, wegen |   | Tragestuhltransport  Liegendtransport |   Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein |
| **VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:**  Name, Vorname |
| Telefon-Nr. für Rückfragen  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. 18 SGB V) benötigt. |