|  |
| --- |
| **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 abweichen2 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 |  | TragestuhltransportLiegendtransport |

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein |
| **VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:**Name, Vorname |
| Telefon-Nr. für RückfragenDatum 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. |