

Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation -Ärztlicher Befundbericht-

1. Personalien des Versicherten

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

Krankenhausbehandlung einschließlich Frühmobilisation ist voraussichtlich abgeschlossen bzw. der Wundheilungsverlauf lässt den Beginn einer Anschlussrehabilitation zu

mittels Direktverlegung oder

ab wegen .

2.1 Antragsrelevante Diagnosen

(mit Angabe des Schweregrades, ggf. nach Einteilungen wie NYHA-Stadium I – IV bei Herzinsuffizienz, LVEF, TNM/Tumorstadium bei Neoplasie, bei pulmonalen Erkrankungen z.B. Blutgas-Werte etc.)

Antragsrelevante Hauptdiagnose:

--

seit wann (M/J) :

Bitte ICD-10 der Hauptdiagnose angeben:

bereits durchgeführte Therapien:

Operation am Welche?

andere (konservative) Therapien Welche?

Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf:

nein ja, welche:

ggf. Antibiose während Reha nötig? nein ja, und zwar

Weitere antragsrelevante Diagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit:

--

2.2 Hieraus resultieren folgende Funktionseinschränkungen/Fähigkeitsstörungen:

(Objektive Befunde, z.B. des Ausmaßes bei Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode oder Ausmaß der neurologischen Defizite)

--

Belastbarkeit:

übungstabil teilbelastbar mit Kg/Watt bis zum voll belastbar

Bestehen postoperative sensomotorische Defizite? nein ja (vgl. Angaben unter Pkt. 2.2)

Besonderheiten (z.B. Schmerzmedikation, Fahrtauglichkeit etc.)

--

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
-----------------------	---------	--------------

Vom Krankenhausarzt auszufüllen

3. Allgemeine Probleme

Besteht beim Patienten eine erhebliche Einschränkung bei Mobilität und Selbsthilfefähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Handelt es sich um einen multimorbiden Patienten?	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Ist der Patient in den letzten drei Monaten gestürzt	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
Weitere Risikofaktoren (z.B. Übergewicht, Nikotin, Alkohol)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja
und zwar:		

4. Aktueller Fähigkeits- bzw. Fertigungsstatus und besondere Versorgungsungen

4.1 aktuelle Fähigkeiten und Fertigkeiten

Kann der Patient	ohne fremde Hilfe essen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	sich alleine waschen und anziehen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	sich alleine auf der Station bewegen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	selbständig öffentl. Verkehrsmittel benutzen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	selbständig Geschäftsangelegenheiten erledigen?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	selbständig telefonieren?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
	500 m auf ebener Fläche selbständig ohne Pause zurücklegen (evtl. mit Hilfsmittel) ?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein

Werden hierbei einer oder mehrere Punkte mit „nein“ beantwortet, muss zusätzlich der Barthel-Index (Punkt 1 – 10 des medizinischen Statusbogens) ausgefüllt werden. Bei neurologischen Befundbögen ist generell der komplette Fragebogen mit Barthel-Index und Frühreha-Kriterien auszufüllen (siehe Anlage: medizinischer Statusbogen).

4.2 Besondere Versorgungsungen:	Tracheostoma /Trachealkanüle	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
	PEG	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
	Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit
	Künstlicher Darmausgang	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, seit

4.3 Aktuelle Infektionen:	MRSA	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht getestet
	Clostridien	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht getestet
	ESBL	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nicht getestet
	Sonstige:			

5. Weitere für die Durchführung der Rehabilitation relevante und erhebliche Störungen/Beeinträchtigungen, soweit nicht schon unter Punkt 3 und 4 erfasst:

Welche?		
<input type="checkbox"/>	kognitive Störungen	
<input type="checkbox"/>	psychische Störungen	
<input type="checkbox"/>	Schmerzen	
<input type="checkbox"/>	sonstige erhebliche Störungen (z.B. Prothesen/Dialyse/Blindheit/Aphasie/Dekubitus - Größe und Lage)	
<input type="checkbox"/>	Isolationspflicht (z.B. wg. MRSA/ESBL)	
Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum

6. Rehazielle

Vom Krankenhausarzt auszufüllen

Unter Berücksichtigung von Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit sollen die folgenden konkreten Rehabilitationsziele erreicht werden:

Somatischer, funktionaler und ggf. psychosozialer/edukativer Bereich Bereich:

7. Rehaprognose

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

- sehr gering gering mittel hoch sehr hoch

8. Können Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt werden?

- ja nein, weil:

9. Erforderliches Transportmittel aus medizinischer Sicht

- Öffentliche Verkehrsmittel möglich Begleitperson erforderlich
 Taxi/ Mietwagen
 PKW
 Krankentransportwagen liegend, weil
 Rettungswagen

10. Allgemeine Bemerkungen z.B. spezielle Anforderungen an die Reha-Einrichtung:

(barrierefreies Zimmer, Mitaufnahme Begleitperson notwendig, Gebärdendolmetscher etc.)

Stempel des Krankenhauses

Datum und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

Name des Versicherten	Vorname	Geburtsdatum
-----------------------	---------	--------------

Medizinischer Statusbogen als Anlage zum ärztl. Befundbericht

1. Essen und Trinken
Vom Krankenhausarzt auszufüllen

11. Sprachverständnis

- selbständig 10
- Vorschneiden notwendig 5
- muss gefüttert werden 0
- PEG parenteral 0

- ungestört
- für komplexe Inhalte nicht immer gegeben
- für einfache Anforderungen gegeben
- nicht vorhanden

2. Transfer Rollstuhl/Bett

- entfällt, da gehfähig 15
- selbständig 15
- mit wenig Unterstützung 10
- mit viel Unterstützung 5
- nicht möglich 0

12. Sprachproduktion

- ungestört
- kann sich über fast alles verständlich machen
- kann einfache Sachverhalte ausdrücken
- nie oder fast nie verständlich

3. Persönliche Pflege

- selbständig 5
- mit Unterstützung 0
- völlig unselbständig 0

13. Soziale Interaktion

- ungestört
- gelegentlich unkooperativ, aggressiv, distanzlos oder zurückgezogen
- überwiegend unkooperativ

4. Toilettengang

- selbständig 10
- mit Unterstützung 5
- nicht möglich 0

14. Lösen von Alltagsproblemen (Planen von Handlungsabläufen, Einhalten von Terminen, Einsicht in Defizite und deren Alltagskonsequenzen)

- im Wesentlichen ungestört
- benötigt geringe Hilfestellung
- benötigt erhebliche Hilfestellung

5. Baden und Duschen

- selbständig 5
- mit Unterstützung 0
- völlig unselbständig 0

15. Gedächtnis/Lernen/Orientierung

- im Wesentlichen ungestört
- muss gelegentlich erinnert werden oder verwendet externe Gedächtnishilfen
- desorientiert
- starke Weglauftendenz

6. Gehen auf ebenem Untergrund

- selbständig 15
- mit Unterstützung 10
- mit Rollstuhl selbständig 5
- völlig unselbständig 0

16. Sehen /Neglect

- im Wesentlichen ungestört
- schwere Lesestörung, findet sich (ggf. mit Hilfsmittel) in bekannter und unbekannter Umgebung zurecht
- findet sich nur in bekannter Umgebung zurecht
- findet sich auch in bekannter Umgebung nicht zurecht (findet Zimmer/Station nicht)

7. Treppen auf-/absteigen

- selbständig 10
- mit Unterstützung 5
- völlig unselbständig 0

8. An-/Ausziehen

- selbständig 10
- mit Unterstützung 5
- völlig unselbständig 0

17. Bewusstseinszustand

- wach und klar
- über längere Zeit kontaktierbar
- nur kurzzeitig kontaktierbar
- nicht kontaktierbar

9. Stuhlkontrolle

- normal 10
- gelegentlich gestört 5
- inkontinent 0

18. Parese

- nein
- ja, Arm re. li.
- Bein re. li.

10. Harnkontrolle

- normal 10
- gelegentlich gestört 5
- inkontinent 0
- Pufi DK Urinal 0

19. Vitalparameter

- ungestört
- überwachungspflichtig

Barthel-Index []

Frühreha-Kriterien:

- 20. intermittierende Beatmung ja nein
- 21. absaugpflichtiges Tracheostoma ja nein
- 22. beaufsichtigungspfl. Schluckstörung ja nein
- 23. beaufsichtigungspfl. Verwirrtheit ja nein
- 24. beaufsichtigungspfl. Verhaltensstörung mit Eigen- oder Fremdgefährdung ja nein
- 25. schwere Sprach- u. Kommunikationsstörung ja nein

Datum:

Arzt/Station: _____