|  |
| --- |
| Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation |
| Allgemeine Angaben |
| Personalien der/des Versicherten: |
| **Name**  | **Geburtsdatum**  | **Geschlecht**männlich [ ] weiblich [ ] divers [ ]  |
| **Vorname**  | **Versichertennummer**  |
| Indikation\*[ ]  Muskuloskeletale Erkrankungen [ ]  Kardiologie [ ]  Neurologie [ ]  Geriatrie[ ]  Sonstige: \*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen) |
| Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung  |
| Aufnahmedatum  | voraussichtliches Entlassdatum  |
| Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?[ ]  nein [ ]  ja |
| Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen[ ]  als Direktverlegung [ ]  frühestens am  weil  |
| Rehabilitationsbedürftigkeit |
| 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 hierangegebenen 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. BSeuchG) |
| Durchgeführte Behandlungen[ ]  Operation am  OPS  | Welche?  |
| Wunde geschlossen und reizlos? [ ]  ja [ ]  nein[ ]  andere Behandlungen, und zwar  |
| Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf[ ]  nein [ ]  jaWenn ja [ ]  im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)  [ ]  kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)  [ ]  sonstige (z. B. Pneumonie)  Besiedelung mit multiresistenten Keimen? [ ]  ja, welche Keime?  [ ]  nein [ ]  nicht bekannt |
| * 1. **Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?**(Beurteilung zum Zeitpunkt der Befundung)
 |
| **Lernen und Wissensanwendung** (Beeinträchtigungen beim Zuhören/Zuschauen, Aneignen von Fertig­keiten sowie der Kon­zentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entschei­dungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Allgemeine Aufgaben** (z. B. in der täglichen Routine infolge ab­nehmender körperlicher Ressourcen)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Kommunikation** (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträch­tigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar:  |
| **Mobilität** (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppen­steigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmer­zen)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Selbstversorgung**  (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Häusliches Leben** (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausar­beiten erledigen in­folge eingeschränkter körperlicherBelastbarkeit)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (Beeinträchti­gungen beim Aufbau und der Aufrechter­haltung von Familien-, informellen und formellen sozialen Beziehun­gen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, ab­nehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Bedeutende Lebensbereiche** (Beeinträchtigungen in den Le­bensberei­chen Arbeit und Beschäfti­gung/ Erziehung und Bildung und Einschrän­kungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| **Gemeinschaftsleben** (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten in­folge abnehmender körperlicher Ressourcen)[ ]  nein [ ]  ja, und zwar  |
| Rehabilitationsfähigkeit |
| Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?[ ]  nein [ ]  ja |
| Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation[ ]  voll belastbar [ ]  teilbelastbar mit: [ ]  übungsstabilAnpassung einer Interimsprothese ist erfolgt [ ]  ja [ ]  neinBesonderheiten:  |
| Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?[ ]  nein [ ]  ja, und zwar bei  |
| (nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind) |
| Rehabilitationsziele/-prognose |
| **Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?**  |
| Zusammenfassende Bewertung |
| **Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?**[ ]  ambulant [ ]  ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):  |
| [ ] stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):  |
| 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 | [ ]  Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger |
| [ ]  sonstiges  |

 |
| **VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig?**[ ]  öffentliches Verkehrsmittel [ ]  Taxi/Pkw [ ]  Krankentransport liegend [ ]  Krankentransport sitzend 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. 17 SGB V). |

|  |
| --- |
| 1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen) |
| **Essen**  |
| * komplett selbständig oder selbständige PEG1-Beschickung/-Versorgung
 | 10 [ ]  |
| * Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung
 | 5 [ ]  |
| * kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG2-Ernährung
 | 0 [ ]  |
| **Aufsetzen und Umsetzen**  |
| * komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück
 | 15 [ ]  |
| * Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)
 | 10 [ ]  |
| * erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)
 | 5 [ ]  |
| * wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert
 | 0 [ ]  |
| **Sich waschen**  |
| * vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren
 | 5 [ ]  |
| * erfüllt „5" nicht
 | 0 [ ]  |
| **Toilettenbenutzung**  |
| * vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung
 | 10 [ ]  |
| * vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich
 | 5 [ ]  |
| * benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl
 | 0 [ ]  |
| **Baden/Duschen**  |
| * selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen
 | 5 [ ]  |
| * erfüllt „5" nicht
 | 0 [ ]  |
| **Aufstehen und Gehen**  |
| * ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen
 | 15 [ ]  |
| * ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eines Gehwagens gehen
 | 10 [ ]  |
| * mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl
 | 5 [ ]  |
| * erfüllt „5" nicht
 | 0 [ ]  |
| **Treppensteigen**  |
| * ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen
 | 10 [ ]  |
| * mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter
 | 5 [ ]  |
| * erfüllt „5" nicht
 | 0 [ ]  |
| **An- und Auskleiden**  |
| * zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus
 | 10 [ ]  |
| * kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind
 | 5 [ ]  |
| * erfüllt „5" nicht
 | 0 [ ]  |
| **Stuhlkontinenz**  |
| * ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung
 | 10 [ ]  |
| * ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung
 | 5 [ ]  |
| * ist durchschnittlich mehr als 1x//Woche stuhlinkontinent
 | 0 [ ]  |
| **Harninkontinenz**  |
| * ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)
 | 10 [ ]  |
| * kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems
 | 5 [ ]  |
| * ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent
 | 0 [ ]  |
| 1 perkutane endoskopische Gastrostomie 2 Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie | Summe |   |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 2. Frühreha-Index (FR-Index)(bei Neurologie und Geriatrie beizufügen) | nein | ja | Punkte |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |   |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |   |
| Intermittierende Beatmung | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |   |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |   |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |   |
| Schwere Verständigungsstörung | 0 [ ]  | - 25 [ ]  |   |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | 0 [ ]  | - 50 [ ]  |   |
| **Summe Frühreha-Barthel-Index** |  |  |   |