

# Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

## I. Allgemeine Angaben

### I.1. Personalien der/des Versicherten:

<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/>
<b>Vorname</b>	<b>Versichertennummer</b>	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>

### I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung

Aufnahmedatum

voraussichtliches Entlassdatum

### I.3. 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 <sup>1</sup>	Ur-sache <sup>2</sup>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

<sup>1</sup> Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

<sup>2</sup> 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)

### II.2. Durchgeführte Behandlungen

Operation am \_\_\_\_\_ Welche?  
OPS

Wunde geschlossen und reizlos?  ja  nein

andere Behandlungen, und zwar

### II.3. 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		Punkte
		Total	Kontakt-hilfe	Kontakt-hilfe	Assistenz	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							
sozial Interaktion	Soziales Verhalten							
häusliches Leben	Haushaltsführung							
<b>Gesamtscore</b>								

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:



**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 geriatritypischen 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

- |   |   |   |                                  |
|---|---|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chemotherapie  | <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva       | <input type="checkbox"/> Katheter               | <input type="checkbox"/> PEG     |
| <input type="checkbox"/> Isolationspflicht  | <input type="checkbox"/> Beatmung               | <input type="checkbox"/> Tracheostoma           | <input type="checkbox"/> Weaning |
| <input type="checkbox"/> OS/US-Prothese   | <input type="checkbox"/> Bettüberlänge          | <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas |                                  |
| <input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung                           | <input type="checkbox"/> Schwerlastbett bis zu: |   | kg                               |
| <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige; Pflegegrad (soweit bekannt): |   |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> Dekubitus, Stadium:  |   |   |                                  |
| <input type="checkbox"/> sonstiges  |   |   |                                  |

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

**VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?**

öffentliches Verkehrsmittel

PKW

Taxi/Mietwagen

KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig, ist wegen

Rollstuhltransport

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.

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum: