

Reha-Klinik/-Institution:

Anschrift:

Tel./Fax:

Ansprechpartner:

Durchwahl:

G Ärztlicher Verlängerungsantrag für geriatrische Rehabilitationsleistungen

Anschrift der Krankenkasse /Fax

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

Geb. am

Krankenversicherungsnummer

1.

	Datum:	stationär	ambulant
Beginn der Rehabilitationsleistung :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genehmigt bis:			
Datum des Verlängerungsantrages:			
Verlängerung beantragt bis:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1 Rehabilitationsbegründende Diagnose(n)(nach ICD 10):

seit wann?

2.2 Weitere Diagnosen (Komorbidität):

seit wann?

2.3 Komplikationen im bisherigen Rehabilitationsverlauf:

seit wann?

3. Aktueller Befund

Es wird um genaue Beschreibung der relevanten Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und ihres Verlaufes im Hinblick auf den Befund bei Aufnahme oder letztem Verlängerungsantrag gebeten.

		gleich	besser	schlechter
3.1.	Schädigungen des kardiovaskulären Systems (z.B. Dyspnoe, Angina pectoris, Claudicatio, Synkopen, instabiler Blutdruck)			
3.2	Schädigungen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem (z.B. Ess- und Trinkverhalten, Dysphagie, Durchfall, Obstipation, Stuhlinkontinenz)			
3.3	Schädigungen des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems (z.B. Fehlernährung, Gewichtsverlust, Diabetes m., Schilddrüsenfunktionsstörungen)			
3.4	Schädigungen des Urogenitalsystems (z.B. Dysurie, Retentionsblase, Inkontinenz)			

		gleich	besser	schlechter
3.5	Schädigungen des hämatologischen und des Immunsystems			
3.6	Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Schädigungen (z.B. Muskelkraftminderung, spast. / schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen, Amputationen)			
3.6.1	Haltungsschädigungen (z.B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)			
3.7	Schädigungen von Sinnesfunktionen (insbesondere Angaben zu Schmerzen)			
3.7.1	Sonstige Schädigungen von Sinnesorganen und -funktionen			
3.8	Schädigungen der Stimm- und Sprechfunktion (z.B. Aphasie, Dysarthrie)			
3.9	Schädigungen des Sehens, des Hörens			
3.10	Mentale Schädigungen (z.B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)			
3.10.1	Ggf. gesondertes Eingehen auf zeitliche, situative und örtliche Orientierungsstörungen Ggf. Motivation, Selbst- und Fremdgefährdung, Schwere einer Bewusstseinsstörung oder des Affektes zu erwähnen. Besonderer Erwähnung bedarf hier die psychische Situation des geriatrischen Patienten			
3.11	Schädigungen der Haut (z.B. Nekrosen, Ulcera, Decubitus)			
3.12	Sonstige Schädigungen			

Befunde (Skalen) bei Aufnahme sind beizufügen (z.B. MMSE, GDS, Aachener Aphasietest oder andere Assessmentinstrumente, Sozialfragebogen)

- 4.0 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe**
soweit in beigefügten Bögen nicht erfasst
Befunde bei Aufnahme und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z.B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP, Timed up and go)

4.1 Wissen anwenden, Planen und Handeln, Regeln befolgen	bei Aufnahme	aktuell
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Routinen unter Schwierigkeiten erledigen, Hilfen erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein selbstständiges Handeln möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.2 Kommunikation und Konversation		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen mit Schwierigkeiten umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.3 Mobilität (Liegen, Umlagern, Aufrichten, Sitzen, Transfer)¹		
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.4 Mobilität (Rollstuhl benutzen, Gehen, Treppensteigen)²		
keine Störungen oder Fortbewegung mit Hilfsmittel sicher möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsicheres Gehen mit Sturzneigung, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.5 Mobilität (Fingerfertigkeit, Hand-Armgebrauch)³		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezielter Einsatz von Fingern, Hand und Arm nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Besondere Probleme		
situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.1 Schädigungen (3.1 – 3.12)				
5.2 Aktivitäten, Teilhabe (4.1 – 4.6) und Kontextfaktoren				
5.3 Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen.				

¹ Unzutreffendes streichen

² dto.

³ dto.

6. Rehabilitative Therapie**Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:**

(ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.. Wo.	.. Wo.	..Wo.	..Wo.	geplant:

7. Warum kann - bei stationärer Rehabilitationsleistung - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?**8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung** Zuhause selbständig Zuhause mit Hilfe Kurzzeitpflege Anpassung des Wohnumfeldes Wohnheim Pflegeheim_____
Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen_____
Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Stempel