

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

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

I.2. Indikation*

- Muskuloskeletale Erkrankungen
 Kardiologie
 Neurologie
 Geriatrie
 Sonstige _____

*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)

I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung

Aufnahmedatum _____ voraussichtliches Entlassdatum _____

I.4. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

- nein ja

I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen

- als Direktverlegung frühestens am _____, weil _____

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung (Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ¹					Seitenlokalisation	Ursache der Erkr.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits	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)
	ICD-10-GM								
1.									
2.									
3.									
4.									
5.									

¹ Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen.

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 Anschlussrehabilitation führenden Diagnose (z. B. postoperative Luxation der Endoprothese) _____

- kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie) _____
- sonstige (z. B. Pneumonie) _____
- Besiedelung mit multiresistenten Keimen?
- ja, welche Keime? _____
- nein
- nicht bekannt

II.4. 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)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Allgemeine Aufgaben (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Kommunikation (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Mobilität (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Selbstversorgung (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Häusliches Leben (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen (Beeinträchtigungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Familienbeziehungen/intimen/informellen und formellen sozialen Beziehungen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, abnehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Bedeutende Lebensbereiche (Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung/Erziehung und Bildung und Einschränkungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:
Gemeinschaftsleben (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)	<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, und zwar:

III. Rehabilitationsfähigkeit

III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?

- nein ja

III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation

- voll belastbar teilbelastbar mit _____ übungsstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt ja nein

Besonderheiten: _____

III.3. 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)

IV. Rehabilitationsziele/-prognose
<p>Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
V. Zusammenfassende Bewertung
<p>Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?</p> <p><input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz) _____</p> <p><input type="checkbox"/> stationär, weil _____ (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung)</p>
VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation
<p>VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?</p> <p><input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen:</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Chemotherapie <input type="checkbox"/> Immunsuppressiva <input type="checkbox"/> Katheter <input type="checkbox"/> PEG</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Isolationspflicht <input type="checkbox"/> Beatmung <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Weaning</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung <input type="checkbox"/> OS/US-Prothese</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Bettüberlänge <input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas <input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> sonstiges _____</p> <p style="margin-left: 20px;">_____</p>
<p>VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig?</p> <p><input type="checkbox"/> öffentliches Verkehrsmittel <input type="checkbox"/> Taxi/Pkw <input type="checkbox"/> Krankentransport liegend <input type="checkbox"/> Krankentransport sitzend</p> <p>Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein</p>
<p>VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:</p> <p>Name, Vorname _____ Telefon-Nr. für Rückfragen _____</p> <hr/> <p>Datum Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes Stempel</p>
<p>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).</p>

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	
Essen	
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	10
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0
Aufsetzen und Umsetzen	
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> 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 <u>oder</u> Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung <u>oder</u> deren Spülung / Reinigung erforderlich	5
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0
Baden/Duschen	
• selbständiges Baden <u>oder</u> 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 <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ:</u> 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- <u>und</u> hinuntersteigen	10
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> 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 stuhlinkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus-prapraeter (AP)-Versorgung	10
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung	5
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0
Harninkontinenz	
• ist harnkontinent <u>oder</u> 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) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harnkontinent	0

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)

	nein	ja	P
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			