|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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  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)  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:  übungsstabil  Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt  ja  nein  Besonderheiten: | | | | | | | |
| 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** |  |  |  |