

Basisdokumentation Mobile Indikationsspezifische Rehabilitation

(Version 1: vom 25.11.2016)

1. Allgemeine Angaben zum/zur Versicherten

1.1 Geschlecht des/der Versicherten: männlich weiblich

1.2 Geburtsjahr des/der Versicherten: (JJJJ)

1.3 Postleitzahl des Wohnortes des/der Versicherten

1.4 Kassenart: AOK IKK Knappschaft
 Ersatzkasse
 BKK
 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
 Sonstige:

1.5 Pflegestufe (bei Beginn der mobilen Rehabilitation):

keine Pflegestufe 0 Pflegestufe I Pflegestufe II Pflegestufe III

Eingeschränkte Alltagskompetenz: nein ja nicht bekannt

Ab 01.01.2017

Derzeitiger Pflegegrad (bei Beginn der mobilen Rehabilitation):

kein Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

1.6 Bewohner eines nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeheims:

ja nein

1.7 Bewohner einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen:

ja nein

2. Rehabilitations-Indikation

2.1 **Indikation:** Neurologie Kardiologie Muskuloskeletal
 Sonstige:

2.2 **ICD-Schlüssel der rehabilitationsrelevanten Hauptdiagnose** (Angabe der ersten drei Stellen):

--	--	--

2.3 **Welches Indikationskriterium trifft für die Erbringung einer mobilen Rehabilitation zu?**

- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen kognitionsbezogener Art mit Symptomverstärkung in fremder Umgebung ja nein
- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art mit Symptomverstärkung in fremder Umgebung ja nein
- erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- sowie kognitiv sprachlicher Funktionen mit vorbestehenden Kompensations-/Ersatzstrategien im ständigen Wohnumfeld ja nein
- erhebliche Schädigungen der Seh- oder Hörfunktion mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen im ständigen Wohnumfeld ja nein
- erhebliche Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium) mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen des ständigen Wohnumfeldes ja nein
- erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen mit einem erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf, sodass für die Durchführung der Rehabilitation die umfassende Anwesenheit und Unterstützung eines Angehörigen/einer Bezugsperson genutzt werden muss ja nein
- angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz- und Pflegebedarf ja nein

2.4 **Assessmentbefunde¹**

Instrument: Barthel FIM erweiterter Barthel SINGER

	Reha-Beginn	Reha-Ende
Summenscore:	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 60px; height: 20px;" type="text"/>

3. Zuweisungspfad

- aus vertragsärztlicher Versorgung aus KH-Fachabteilung:
- aus Rehabilitation aus der Pflegebegutachtung (SGB XI)
- Sonstiges:

¹ Die Durchführung eines Assessments ist erforderlich, um eine Reha-Verlaufsbeurteilung vornehmen zu können.

4. Behandlung

4.1 Reha-Beginn: . (TT.MM.JJJJ)

4.2 Reha-Ende: . (TT.MM.JJJJ)

4.3 Behandlungsunterbrechung länger als 1 Woche (vgl. Eckpunktepapier Ziffer 2.1.1)

nein ja

4.4 Wurde eine Rehabilitationsverlängerung beantragt:

nein ja Wenn ja, erfolgte eine Bewilligung durch die Krankenkasse? ja nein

4.5 Anzahl der Behandlungstage

4.6 Behandlungsende:

Behandlung regulär beendet? ja nein

Wenn nein, Angabe der Gründe:

auf Wunsch des/der Versicherten/Angehörigen/Bezugsperson verstorben

auf Veranlassung der Rehabilitationseinrichtung

↪ Pat. nicht mehr rehafähig (interkurrente Erkrankung, Non-Compliance etc.)

↪ Krankenhausaufnahme

4.7. Anzahl der Therapie-/ Leistungseinheiten durch folgende Professionen der Einrichtung

	Gesamt	davon in Kurzzeitpflege erbracht		Gesamt	davon in Kurzzeitpflege erbracht
Physiotherapeut/ Krankengymnast (incl. Mass- eure/Med. Bademeister)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diätassistent/Ökotrophologe	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ergotherapeut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Gesundheits-/Krankenpfleger	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Logopäde/Sprachtherapeut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Arzt	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Sportlehrer/Sporttherapeut	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Sozialarbeiter/Sozialpädagoge	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Klin. (Neuro-) Psychologe	<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Ort, Datum und Unterschrift

Telefon-Nr. zwecks Rückfragen

Bei Rückfragen steht Ihnen das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord unter
Tel. 040/25169-1152 zur Verfügung (oder: info@kcgeriatrie.de)

Name/Anschrift der mobilen Einrichtung/Stempel: