

## Antrag/Befundbericht zur Anschlussrehabilitation

Zuständige BARMER GEK Geschäftsstelle:

Fax-Nummer:

- indikationsspezifisch (z.B. kardiologische, neurologische, muskuloskeletale Erkrankung)  
 geriatrisch; mit einer geriatrischen Komplexbehandlung am Krankenhaus vorbehandelt  ja  nein  
 ambulant (vorrangig)  
 stationär

Bitte nachstehende Fragen auf Grundlage des §100 Abs. 1 SGB X i.V. mit §73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V vollständig beantworten. Nur vollständig ausgefüllte Anträge / Berichte können **abschließend bearbeitet werden.**

Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)	BARMER GEK Versichertennummer	Geburtsdatum
Anschrift		
<input type="checkbox"/> berufstätig als  <input type="checkbox"/> Rentner	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit (Ehe-)Partner/-in <input type="checkbox"/> in Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> betreutes Wohnen	Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI? <input type="checkbox"/> ja, Stufe ... <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Aufnahmetag im Krankenhaus	Voraussichtlicher Entlassungstag	Verlegung in amb./stat. Reha-Einrichtung möglich ab:
Ansprechpartner im Krankenhaus mit Berufsbezeichnung <small>(z.B. Sozialarbeiter, Dr.)</small>	Telefon-Nummer mit Durchwahl	Fax-Nummer

**Zustimmungserklärung des Patienten / Angehörigen / Betreuers**  
 Ich stimme zu, dass für mich im Anschluss an den jetzigen Krankenhausaufenthalt Leistungen zur medizinischen Rehabilitation durchgeführt werden.

Ort und Datum Unterschrift

**Ich nehme zur Kenntnis, dass**

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X),
- die Krankenkasse die Rehabilitationseinrichtung nach pflichtgemäßem Ermessen bestimmt (§ 40 Abs. 3 SGB V)
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

### Befundbericht

Rehabilitationsrelevante Diagnose:	seit / OP am:	ICD 10
Weitere Diagnosen, die für die beantragte Leistung relevant sind: ➤ ➤	seit:	ICD 10:
Ist das Rehabilitationsziel auch ambulant zu erreichen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <b>Die Vorrangigkeit einer amb. Anschlussrehabilitation ist nach §40 Abs. 1 u 2 SGB V zu prüfen.</b> Verfügt die Patientin / der Patient über die zur Inanspruchnahme erforderliche Mobilität und Belastbarkeit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
Kurze Angaben zu Krankheitsbeginn und -verlauf, Hinweis auf eingetretene Komplikation(en):		
Rehabilitationsrelevante strukturelle und funktionelle Schädigungen:		
Angaben welche Therapien, auch unter rehabilitativer Zielsetzung, bereits im Krankenhaus erfolgen: <small>(z.B. Nennung durchgeführter OPS, Hinweis auf KG)</small>		
Ergebnis wesentlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen / Prozeduren:		

Patienten-Name:

**Patientin / Patient ist somatisch und psychisch ausreichend belastbar u. motiviert, aktiv an der beantragten Reha mitzuwirken:**  
Besteht die notwendige Belastbarkeit und Motivation?  
 ja  nein, weil ...

**Risikofaktoren:**

**Nikotin**  ja  nein  
**Übergewicht**  ja  nein  
**Bewegungsmangel**  ja  nein  
**Missbrauch von**  
Alkohol  ja  nein  
Drogen  ja  nein  
Medikamenten  ja  nein

**Risikofaktoren:**

**Sonstiges**

<b>Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe</b>	keine Beeinträchtigung	verlangsamt; mit Hilfsmittel(n)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand-/Armgebrauch, Gehen, Laufen, Treppesteigen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z.B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z.B. Verhalten, Aufrechterhaltung der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z.B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

➤ **Bitte aktuelle Assessment-Ergebnisse (z.B. Barthel-Index, FIM, andere Assessments) beifügen!** ◀

**Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren im persönlichen und familiären, beruflichen/schulischen sowie sozialen Umfeld (soweit bekannt; z.B. barrierefreie Wohnung, ländliches Umfeld):**

**Angestrebte alltagsrelevante Rehabilitationsziele:**

- (1) in Bezug auf die genannten Schädigungen
- (2) in Bezug auf die genannten Beeinträchtigungen von Aktivitäten/der Teilhabe
- (3) in Bezug auf negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

**Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der:**

Schädigungen  ja  nein      Aktivitäten und Teilhabe  ja  nein      Kontextfaktoren  ja  nein

**Welches der nachstehenden Verkehrsmittel ist erforderlich?**

öffentliches Verkehrsmittel?       PKW / Taxi?       Krankenwagen?       Liegendtransport?   
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein

**Vorliegende Befundberichte, soweit für die beantragte Rehabilitation relevant, sind beigefügt**  **nicht beigefügt**  **weil,...**

Datum/Stempel des Krankenhauses

Name/Unterschrift des Arztes

Stand: 121101

Anlagen: