

Antrag auf Frührehabilitation beatmungspflichtiger Patienten

Zuständige Geschäftsstelle:

Fax-Nummer:

Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)		Versichertennummer	Geburtsdatum
Anschrift			Staatsangehörigkeit
<input type="checkbox"/> berufstätig als: <input type="checkbox"/> Rentner <input type="checkbox"/> Vorsorgevollmacht <input type="checkbox"/> Betreuung	Name Betreuer Name Bevollmächtigter mit Telefonnummer	<input type="checkbox"/> allein lebend <input type="checkbox"/> mit Bezugsperson(en) lebend <input type="checkbox"/> in vollstationärer Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> _____	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 Name und Berufsbezeichnung (z. B. Max Muster, Arzt)		Telefon-Nummer mit Durchwahl	Fax-Nummer

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).

Zustimmungserklärung des Patienten / Angehörigen / Betreuers
 Ich stimme zu, dass für mich im Anschluss an den jetzigen Krankenhausaufenthalt eine Frührehabilitation durchgeführt wird.

Ort und Datum Unterschrift

I. BEFUNDBERICHT (allgemein)		
Rehabilitationsrelevante Diagnose:	seit / OP am:	ICD 10
Weitere Diagnosen, die für die beantragte Leistung relevant sind:	seit:	ICD 10
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: (z.B. Nennung durchgeführter OPs, Hinweis auf KG)		
Ergebnis wesentlicher diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen / Prozeduren:		
Patient(in) ist somatisch und psychisch ausreichend belastbar u. motiviert, aktiv an der beantragten Reha mitzuwirken: Besteht die notwendige Belastbarkeit und Motivation? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, weil ...		

Patientenname:

Wundheilungsstörung(en)	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Lokalisation: _____	
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
wenn ja Größe: _____ cm	
Lage: _____	
Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Depression	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Kognitive Einschränkungen / Demenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Harn- und/oder Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt ein Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Liegt eine PEG	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Risikofaktoren:	
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Missbrauch von	
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Drogen	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
Sonstiges:	

II. Aktuelles Assessment (z.B. Barthel-Index, FIM, andere Assessments) – beigefügt (wenn nein, Begründung)

III. Spezielle Informationen zur neurologischen Rehabilitation beatmungspflichtiger Patienten

1) Akute Behandlungsbedürftigkeit:

- | | | |
|---|----|------|
| a) Diagnostik abgeschlossen, wenn nein, welche: | Ja | Nein |
| b) neurologischer Befundbericht: | | |
| c) Ausstehende operative Interventionen, wenn ja, welche: | Ja | Nein |
| d) Akuttherapie abgeschlossen, wenn nein, welche: | Ja | Nein |
| e) Bestehende Sepsis | Ja | Nein |
| f) Stabile Herz-Kreislauf-Funktion im Liegen ohne Akutmedikation: | Ja | Nein |
| g) Tracheotomie: | Ja | Nein |
| h) Sedierung: | Ja | Nein |
| i) Stabiler Hirndruck: | Ja | Nein |
| j) Hirndrucksonde: | Ja | Nein |
| k) Ventil: | Ja | Nein |

2. Beatmungssituation und Beatlungsmodus

- | | | |
|--|----|------|
| a) Beschreibung der aktuellen Beatmungssituation: | | |
| b) Beschreibung des Beatlungsmodus: | | |
| c) Erfolgte bereits ein strukturierter Weaningversuch seit 3 Wochen, ohne dass dieser durch Akuterkrankungen / Akutinterventionen behindert wurde: | Ja | Nein |
| d) Weaning prognostisch in 8 Wochen realistisch: | Ja | Nein |
| e) Weaning durch internistische Grunderkrankung erschwert: | Ja | Nein |
| f) Weaning durch primär neurologische Grunderkrankung erschwert: wenn ja, neurolog. Befund: | Ja | Nein |
| g) Weaning durch neurologische Begleiterkrankung erschwert, wenn ja, neurolog. Befund: | Ja | Nein |

Patientenname:

3. Ausführungen zum Frührehabilitations-Bartel-Index

a) Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand:	Ja	Nein
b) Absaugpflichtiges Tracheostoma:	Ja	Nein
c) Intermittierende Beatmung: wenn ja, verbale Beschreibung	Ja	Nein
d) Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit): wenn ja, verbale Beschreibung:	Ja	Nein
e) Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung, (mit Eigen- und/ oder Fremdgefährdung): wenn ja, verbale Beschreibung	Ja	Nein
f) Schwere Verständigungsstörung, wenn ja, verbale Beschreibung:	Ja	Nein
g) Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung, wenn ja, verbale Beschreibung:	Ja	Nein

4. Beschreibung des Rehabilitationspotentials

a) Individuelle Begründung/ Einschätzung der Rehabilitationsfähigkeit:

b) Individuelle Begründung/ Einschätzung der Rehabilitationsziele:

Klinische und/oder medizinisch-technische Befunde, soweit für die beantragte Frührehabilitation relevant, sind in Kopie beizufügen!

Datum/Stempel des Krankenhauses

Name/Unterschrift des Arztes