

II.3. 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, Dekubitus)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

☐ ja, welche Keime?
☐ nein
☐ nicht bekannt

II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?
(Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)

ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt -hilfe	Kontakt -hilfe	Assis-tenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken							
	An- und Ausziehen							
	Persönliche Hygiene							
	Waschen, Duschen							
	Stuhlkontrolle							
	Harnkontrolle							
	Toilettengang							
Mobilität	Transfer							
	Rollstuhlnutzung							
	Gehen							
	Treppensteigen							
Kommunikation	Hörverstehen							
	Sprechen							
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen							
	Schreiben							
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis							
	Dauerkonzentration							
	Planen & Probleme lösen							
sozial Interaktion	Soziales Verhalten							
häusliches Leben	Haushaltsführung							
Gesamtscore								

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

Version 2.0 - Stand: 01.03.2024

S. 2 / 5

III. Rehabilitationsfähigkeit	
III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen? ☐ nein ☐ ja	
III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat ☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar mit bis zu: kg ☐ übungstabil Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein Besonderheiten:	
III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D) ☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	
IV. Rehabilitationsziele/-prognose	
Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen? 	
V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung	
V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme ☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige ☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie	

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

☐ ambulant ☐ ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):

☐ stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben

☐ nein ☐ ja, weil:

- ☐ Myokardinfarkt
- ☐ Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
- ☐ Herzinsuffizienzen ab NYHA II
- ☐ endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
- ☐ spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
- ☐ Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
- ☐ Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
- ☐ Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
- ☐ Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt
- ☐ Onkologische Krankheiten
- ☐ Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
- ☐ geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

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

☐ Schwerlastbett bis zu: kg

☐ Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehörige; Pflegegrad (soweit bekannt):

☐ Dekubitus, Stadium:

☐ sonstiges

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?

☐ öffentliches Verkehrsmittel

☐ PKW

☐ Taxi/Mietwagen

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung
notwendig, ist wegen

☐ Rollstuhltransport

☐ Tragestuhltransport

☐ Liegendtransport

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. 18 SGB V) benötigt.

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum: