

## Antrag auf Anschlussrehabilitation

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)	Krankenkasse
Straße, Haus-Nr.	Versichertennummer
Postleitzahl, Wohnort	Geburtsdatum
Telefonnummer	

### I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (durch die/den Versicherte/n auszufüllen)

#### 1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Wurden im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt?

ja  nein

#### 2. Fragen zur Rentenantragstellung

Wurde in den letzten 6 Monaten ein Rentenanspruch gestellt?

Träger der Rentenversicherung

Altersrente  nein  ja

Rente wegen Erwerbsminderung  nein  ja

#### 3. Fragen zur häuslichen Situation

In welchem Stockwerk wohnen Sie?

Ist ein Aufzug vorhanden?  nein  ja

Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):

#### 4. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?

Leben Sie

zu Hause und dort  allein oder  
 mit Angehörigen/mit sonstigen Personen

im Betreuten Wohnen

in einer Alten-/Pflegeeinrichtung

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt?  ja  nein



### **Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters  
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Sorgebevollmächtigten

Krankenkasse:  
Name, Vorname:

Versichertenr.:  
Geb.Datum:

**II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)**

Krankenhaus

Anschrift

Fallnummer/Patienten-ID

**1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):**

Name, Vorname

Telefonnummer

Faxnummer.

**2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?**

nein                       ja

Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

**3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?**

nein                       ja, (Name, Anschrift und Telefonnummer)

frühestmögliches Aufnahmedatum:

Krankenkasse:  
Name, Vorname:

Versichertenr.:  
Geb.Datum:

<b>Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation</b>		
<b>I. Allgemeine Angaben</b>		
<b>I.1. Personalien der/des Versicherten:</b>		
<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/>
<b>Vorname</b>	<b>Versichertennummer</b>	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<b>I.2. Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung</b> Aufnahmedatum _____ voraussichtliches Entlassdatum _____		
<b>I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>I.4. Die Aufnahme in die Anschlussrehabilitation soll erfolgen</b> <input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input type="checkbox"/> innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: <input type="checkbox"/> außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: Medizinische Begründung: _____		
<b>II. Rehabilitationsbedürftigkeit</b>		
<b>II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u></b> (Codierung konkret und endständig)		
<b>Funktionsdiagnosen</b>	<b>ICD-10-GM <sup>1</sup></b>	<b>Ur- sache<sup>2</sup></b>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<sup>1</sup> Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen <sup>2</sup> 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. IfSG)		
<b>II.2. Durchgeführte Behandlungen</b>		
<input type="checkbox"/> Operation am _____ Welche? OPS Wunde geschlossen und reizlos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____		

### 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	Assistenz	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							
<b>Gesamtscore</b>								

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:

Versichertenr.:

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: