

Verordnung von medizinischer Rehabilitation**IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)****A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)**

Schädigung der Kontraktionskraft des Ventrikels, eingeschränkte Ventrikelfunktion, EF < 40, NHYHA II-III, Ventrikeldilatation

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstiges				

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)

Im Krankenhausentlassungsbericht 12/04 wird ein Barthel-Summen-

score von 90 Punkten genannt.

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt**Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahe stehenden Angehörigen)

Wohnung im 1. Stock, dies im Sinne einer Barriere (kein Aufzug). Familie wohnt im gleichen Haus, unterstützt, dies als

Förderfaktor, bisherige Aktivitäten in kirchl. Gruppe, Teilnahme an Seniorentreffen.

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)**Soziales Umfeld** (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Sohn u. Schwiegertochter unterstützen Wunsch nach Selbständigkeit, helfen andererseits bei hauswirtschaftl. Aktivitäten; beide aller-

dings noch berufstätig, so dass nur begrenzt Hilfen möglich sind.

RisikofaktorenNikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung u. ä.)

Krankenhausaufenthalt von 11 bis 12/2004, regelmäßige kardiol. Untersuchungen, Echo zuletzt vor 3 Wochen.

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

ASS, β -Blocker, AC-Hemmer

C. Heilmittel

	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtreich	
	nein	ja		nein	ja		nein	ja		nein	ja
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Hinweis zu der angegebenen Einschätzung						<u>Unter Überwachung Ergometer-Aufbautraining wünschenswert.</u>					

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____

Verordnet	Aussichtreich
nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	nein <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>

E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Aussichtreich			Durchgeführt		Aussichtreich	
	nein	ja	nein	ja		nein	ja	nein	ja
Psychotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationssport/ Funktionstraining	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Medizinische Vorsorgeleistungen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Sonstiges

	Durchgeführt		Aussichtreich	
	nein	ja	nein	ja
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Rehabilitationsfähigkeit

	nein		ja			nein		ja	
Der Patient verfügt über eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient ist motivierbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

Verbesserung bezogen auf die eingeschränkte Ventrikelfunktion u. die koronare Ischämie.

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Besserung bzgl. der Beeinträchtigung beim Gehen längerer Entfernungen, beim Treppensteigen. Verbesserung der bestehenden Beeinträchtigung beim Einkaufen, bei Hausarbeiten.

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Keine Risikofaktoren.

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Noch möglichst lange ohne Fremdhilfe in eigener Wohnung leben können, wieder die Treppe ohne Luftnot steigen können, um an religiösen u. anderen Aktivitäten teilnehmen zu können.

Vorname, Name des Versicherten Muster, Femina	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--	------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

	nein	ja		nein	ja
Schädigungen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Aktivitäten und Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung

(z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachlich Betreuungsangebote)
[Bewegungstherapie für Herzranke.](#)

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

nein	ja	Begründung
<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<hr/> <hr/>

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

nein ja

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

nein ja

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitation ambulante Rehabilitation stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte

[Kardiologie](#)

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befundberichte

sind beigefügt sind nicht beigefügt weil

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

[Wegen des Alters der Versicherten wird geriatrische Rehabilitation empfohlen.](#)

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

Original für die Krankenkasse
 Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Fall: 2 – Geriatrie 2

Name: **Muster, Femina** Geburtsdatum: **01.01.1920**

Handelt es sich bei dem Patienten um einen geriatrischen Patienten? ja nein
keine geriatritypische Multimorbidität

Rehabilitationsindikation:

Rehabilitationsbedürftigkeit

➤ nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigung der Aktivitäten?

ja nein _____

➤ ist über die kurative Versorgung hinaus ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer rehabilitativer Ansatz erforderlich ?

ja nein _____

Rehabilitationsfähigkeit:

➤ Somatische Verfassung ausreichend?

ja nein _____

➤ Motivation/Motivierbarkeit vorhanden?

ja nein _____

Realistisches alltagsrelevantes Rehabilitationsziel

➤ Rehaziel des antragstellenden Arztes realistisch? ja nein

➤ Rehaziel des Patienten / der Angehörigen realistisch? ja nein

Rehabilitationsprognose in Hinsicht auf das Rehaziel

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Arztes? ja nein

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Patienten ja nein

Rehabilitationsallokation:

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): **sofern Rehaindikation vorliegt, Zuweisung in eine kardiologische Einrichtung**

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Keine Indikation für eine Rehabilitation, da die wohnortnahen Maßnahmen bislang nicht ausgeschöpft sind.
