

Krankenkasse bzw. Kostenträger BKK Global - Fall 5 - Geriatrie 5		
Vorname, Name des Versicherten Jung, Martha geb. am 08.03.1916		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation*

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen.

*Für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C,-D, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein-/Ja-Antworten ankreuzen Nein = Ja =

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend mit (Ehepartner/-in betreutes Wohnen
mit/bei Kindern Pflegeeinrichtung

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der/die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/Hausmann, Rentner/-in)

Rentnerin

Std./Woche _____ nein ja und zwar _____
Schichtdienst

arbeitslos seit _____ arbeitsunfähig seit _____

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

nein ja Art der Einschränkung
 entfällt

D. Wurde ein Auftrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe nein ja GdB Merkzeichen
2 Schwerbehinderung anerkannt 80

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Zunehm. Hinfälligkeit bei muskul. Schwäche bei allgem. Entkräftung b. fortschreit. Gewichtsverlust (164 cm, 42 kg)
massive Schwachsichtigkeit bds., Luftnot b. geringer Belastung, drohende vollständige Abhängigkeit von Pflege,
reaktive depressive Verstimmung mit zeitweiliger Verweigerung der Nahrungsaufnahme, rez. Blähungen und
Durchfall

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

	nach ICD 10
1. Herzinsuff. NYHA III m. Z. n. rez. Dekomp. b. Mitralklappeninsuff. u. absoluter Arrhythmie	I50.9
2. insulinpfl. Diabetes mell. Typ 2 a mit diabet. Polyneuropathie, Nephropathie und schwere Retinopathie	E14.90
3. Z.n. Sigmateilresekt. R0 bei stenosierendem Sigma-CA 10/2000, Polyarthrose, Osteoporose Beginnende Demenz	C18.9

Diagnose(n) Nummer(n)

ist/sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall sonstiger Unfall Berufskrankheit Gesundheitsschaden nach dem BVG

Original für die Krankenkasse
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

[Zunehm. körperl. Verfall b. kontinuierl. Gewichtsverlust m. drohender tot. Abhängigkeit v. Pflege, Gehen bei musk.](#)

[Schwäche, Polyneuropathie u. ausgeprägter Schwachsichtigkeit bds. kaum n. mögl., Rollstuhlfahren wegen schwachen](#)

[Armen ebenf. kaum möglich, Verwirrtheit mit Phasen der Nahrungsverweigerung.](#)

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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) [Timed up and go nicht durchführbar](#)

[Barthel-Index 50](#)

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)

[Frau Jung lebt seit 01/2001 im Altenheim, seit 12/2003 Betreuung auf der Pflegestation, einziger Angehöriger ist ein Sohn,](#)

[der sich nicht um seine Mutter kümmert. Sporadisch Besuch von Bekannten.](#)

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

[entfällt](#)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

[Pat. lebt seit 12/2003 auf der Pflegestation des Altenheimes Waldesruh, Himmelspforte 13, 77777 Glückstadt](#)

Risikofaktoren

- Nikotin
- Alkoholmissbrauch
- Übergewicht
- Bewegungsmangel
- Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch
- Sonstiges
- [Kachexie, Nahrungsverweigerung](#)

Original für die Krankenkasse
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

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

Hausärztl. HB jede Woche, KH-Behandlungen 1999, 2000 (Sigma-CA), AR Nov-Dez. 2000

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Digimerck min.1x1, Lopirin-Cor 2x1/2, Ismo 20 2x1, Lasix 2x1, Insulatard HM mo. 24IE sc., abends 8IE sc, Atosil Tr.

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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Inhalation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
Hinweis zu der angegebenen Einschätzung						<u>Physio-u.Ergother.amb.nicht durchführb.,da keine Heimbes.d. Therapie</u>					

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? Rollator,Rollst.,Badewannenlift, Nachtstuhl,nachts Windeln

	Verordnet nein ja	<input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	Aussichtreich nein ja	<input type="checkbox"/> <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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"/>	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient ist motivierbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

- a) Schädigungen
Muskul. Kräftigung, Gehtraining am Rollator, Rollstuhltraining, Gewichtszunahme, Stimmungsaufhellung

- b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe
Erhalt der verbliebenen Selbständigkeit, Transfer Bett/Rollstuhl, Mobilität im Rollstuhl

- c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Erholung und Gewichtszunahme, Besserung des Gesundheitszustandes

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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)

Möglichst barrierefreie Rehaeinrichtung, geeignet auch für fast blinde Rehabilitanden und Rollstuhlfahrer, pfleger.

Betreuung rund um die Uhr

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

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

Physio- und Ergotherapie

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Durchführung der beantragten Leistung zur medizinischen Rehabilitation in Form einer stationären geriatrischen

Rehabilitation erforderlich.

D. Vorliegende Befundberichte

sind beigefügt sind nicht beigefügt weil _____

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

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

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 verweigert bereits die Nahrung

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

Pat, ist wenig kooperativ, deshalb Rehaerfolg fragwürdig

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

Diskrepanz zwischen Wort und Tat

Rehabilitationsallokation:

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): wenn Rehabilitation erforderlich wäre, dann indikationsübergreifend: geriatrisch

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

keine Indikation für eine Rehabilitationsleistung, da Diagnostik bislang nicht abgeschlossen und keine ausreichende Motivation erkennbar ist
