

Krankenkasse bzw. Kostenträger Fall 6 - Neuro 1		
Vorname, Name des Versicherten Neumann, Herbert geb. am 20.07.32		
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)

Rentner

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

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

Pflegestufe nein ja GdB Merkzeichen
1 Schwerbehinderung anerkannt 100 AG, H

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Vor 9 Mon. linkshirn. ischämischer Infarkt, nach 2 Mon. Reha konnte eine Rollstuhlmobilität mit teilweise selbständigen Transferleistungen u. aktiver Rollstuhlbeweglichkeit auf Stationsniveau erreicht werden, gebesserte globale Aphasie m.verbess. Wortverständnis u. beg. Sprachproduktion. Durch amb. Heilmittel wurde selbständ. Transfer und erste Gehversuche mit Hilfsmittel (Rollator) mit Therapeutenbegleitung erreicht.

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

	nach ICD 10
<u>1. Apoplex m. Hemiparese und Aphasie</u>	<u>I63.9</u>
<u>2. Diabetes mellitus</u>	<u>E14</u>
<u>3. Hypertonie</u>	<u>I10</u>

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)**

in Rückbildung befindliche Hemiparese rechts, Aphasie, mit noch erhebliche eingeschränktem

Wortverständnis und Sprachproduktion

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Sonstiges				

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

Wohnt mit Ehefrau in gemeins. eigener Wohnung, zusätzliche Unterstützung durch in der Nähe wohnender Kinder, Ehefrau

übernimmt die Pflege, Unterstützung in der Hauswirtschaft auch durch die Kinder

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

Ärztliche Versorgung und Therapeuten durch Hausbesuche sichergestellt

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.)

regelm. hausärztliche Behandlung nach abgeschlossener stat. Reha vor 1/2 Jahr

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

ASS, Antihypertensiva

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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>2</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>2/Wo</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>1/Wo</u>	<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

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? Rollstuhl und Rollator vorhanden

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

F. Sonstiges

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

Verbesserung der aktiven Beweglichkeit der paretischen Extremitäten, Rückbildung der aphasischen Störung,

Funktionsanbahnung re. Arm

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Erreichen einer selbständigen Gehfähigkeit mit Hilfsmitteln, Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Diabetes (diätetisch eingestellt) und Hypertonie

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Erreichen von mehr Selbständigkeit in der Eigenversorgung und bei Freizeitbeschäftigungen (Lesen, Telefonieren)

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 Betreuungangebote)

[Wohnortnähe um engen Kontakt zu Angehörigen absichern zu können, neurolog. Reha-Klinik](#)

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
[Die in der ambul. Behandlung erarbeiteten Fortschritte sind i. R. einer komplexen Rehamaßnahme auszubauen](#)

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

[Vorfristige stat. neurolog. Reha i. S. einer so genannten Intervallrehabilitation mit KG zur Gangmobilisation und Logo zur weiteren Kommunikationsanbahnung](#)

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

[Intensivierung der Physiotherapie zur Verbesserung der lähmungsbedingten Ausfälle und Ergotherapie zur Verbesserung der Reintegration in den Alltag, Sprachtherapie zur Verbesserung der Kommunikationsfähigkeit](#)

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

Fall 6: Neuro 1

Name: Neumann, Herbert Geburtsdatum: 20.07.32

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 ist in der Lage, a. d. Maßnahmen an der neurolog. Reha teilzunehmen

➤ 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): indikationsspezifisch neurolog. Phase C

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

klare Indikation für neurolog. Reha
