

Krankenkasse bzw. Kostenträger Fall 7 - Neuro 2		
Vorname, Name des Versicherten Altmann, Irma geb. am 23.10.39		
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

Schwerbehinderung anerkannt

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### II. Klinische Anamnese

#### Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

Nach einem linkschirigen ischämischen Hirninfarkt vor 9 Monaten armbetonte Restparese rechts und Wortfindungsstörungen, reaktiv

Verstimmung, stationäre Reha nach Akutkrankenhausbehandlung konnte eine selbständige Mobilität und eine teilweise Selbständigkeit bei der

versorgung erreichen. Unter ambulanter Behandlung konnte der Fremdhilfebedarf deutlich reduziert werden, eine kontinuierliche Unterstützung

einen ambulanten Pflegedienst ist nicht mehr erforderlich.

### III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

1. Apoplex mit Hemiparese rechts und Restaphasie

169.3

2. \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_

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)**

Armbetonte rechtsseitige Hemiparese mit überwiegender Feinmotorikstörung, Minderung der Kraft und Ausdauer in den paretischen

Extremitäten, Wortfindungsstörungen besonders in belastenden Situationen, leicht depressive Stimmung bei eingeschränkten

Sozialkontakten

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

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

Sonstiges \_\_\_\_\_

**Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden** (z. B. Barthel-Index) 90

**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)

Lebt allein mit sozialen Rückzugstendenzen, verminderter Sozialkontakt, nicht ausreichender Krankheitsverarbeitung

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

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

Hilfestellung durch Haushaltshilfe für schwere Hausarbeit und Einkaufen

**Risikofaktoren**

Nikotin

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.)**

Nach Akut-KH-Behandlung erfolgte stat. Reha, jetzt hausärztl. Versorgung und Heilmittel

**B. Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) ASS

**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 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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>2</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"/>	_____	<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? \_\_\_\_\_

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

**VII. Rehabilitationsziele**

**A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf**

a) Schädigungen  
Weitere Rückbildung der Paresen und Wortfindungsstörungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe  
Sozialkontakte

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren  
Entwicklung der depressiven Symptomatik

**B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen**

Erreichen von völliger Selbständigkeit

Vorname, Name des Versicherten  
Altmann, Irma

Kassen-Nr.

Versicherten-Nr.

61 Teil D

## 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)

[Neurologische Reha](#)

#### 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  
  bisher gute Fortschritte in der ambulanten Heilmitteltherapie, die ausbaufähig sein sollten

#### 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

[Durch den Ausbau der auch unter der ambulanten Heilmitteltherapie fortlaufend zu beobachtenden Fortschritte könnte eine weitere Selbständigkeit in der Lebensführung erreicht werden und einer beginnenden sozialen Rückzugstendenz mit einer depressiven Symptomatik vorgebeugt werden.](#)

#### C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

[Neurolog. Reha mit Intensivierung von Physio-, Ergo- und Sprachtherapie, sowie Einsatz verhaltenstherapeutischen Elementen und Vermittlung von Kontakten zu Selbsthilfeorganisationen.](#)

#### D. Vorliegende Befundberichte

sind beigelegt  sind nicht beigelegt  weil

#### E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse  durch den MDK

#### F. Besondere Hinweise

Stempel/Unterschrift des Vertragsarztes

Datum

Original für die Krankenkasse  
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

**Fall 7: Neuro 2**

Name: **Altmann, Irma** Geburtsdatum: **23.10.39**

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 unter amb. Krankenbehandlung ist eine ausr. Besserung der Alltagskompetenz aufgr. der depress. Komponente fraglich

***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): wenn neurolog. Reha Phase D

Ambulante Rehabilitation möglich?  ja  nein

**Beurteilung:**

Ggf. Indikation für Vorzeitigkeit d. Maßnahme, da d.Zunahme der depress. Symptomatik die bislang erreichten Fortschritte infrage gestellt sein konnten.

---