

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

s. Beiblatt

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input 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 Die Haushaltsverpflichtungen kann sie derzeit nur eingeschränkt bewältigen. Sie zieht sich sozial weitgehend zurück, hat kaum noch Kontakt zu ihren Freunden oder Angehörigen.

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

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)

s. Beiblatt

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

Sie hat bislang keine Berufstätigkeit (Referendariat) wahrgenommen, da sie sich dazu derzeit überfordert sieht. Sie möchte dies mittelfristig aber wieder versuchen.

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

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.)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) zur Zeit 50mg Zolofort morgens, subjektiv bislang ohne nennenswerten Effekt

Zuvor bereits 2 andere andere Antidepressiva, abgesetzt wegen nicht zufrieden stellender Wirkung und Nebenwirkungen

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

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____

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

E. Andere Maßnahmen

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

Seit 5 Monaten in amb. Psychotherapie (1xwö.), bislang jedoch keine nennenswerte Besserung der Symptomatik

Durchgeführt	nein	ja	Aussichtreich	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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
Besserung der depressiven Symptomatik

- b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe
Besserung der Rückzugstendenzen

- c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren
Entlastung a.d.fam.Umfeld, intens.Diagnostik u.Psychother. z. Klärung d. Problemhintergründe u. 1. Schritte z. Entwicklung v. Bewältigungsmögl.,Zust. soll soweit geb. werden, dass amb.Psychother. i.V.m. ärztl. Behandlung ausreicht.

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Möchte ihre Ehe retten und Berufstätigkeit aufnehmen.

Vorname, Name des Versicherten
Behrens, Elma

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)

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit 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

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

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

II. Klinische Anamnese:

Patientin (26 Jahre), sie hat Jura studiert, im Zusammenhang mit 1. Staatsexamen und anschließender Heirat ist sie vor ca. 7 Monaten erstmals an einer mittelschweren Depression erkrankt, deren Symptomatik sich zunehmend verschlimmert und zurzeit die Fähigkeit zur Bewältigung von Alltagsanforderungen wegen der akuten Symptomatik sehr einengt.

Sie fühlt sich sehr erschöpft und niedergeschlagen, leidet unter verschiedenen vegetativen Symptomen wie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen, Schwindelgefühlen, Spannungskopfschmerzen (häufig mehrere Stunden am Tag), gelegentlich auch Herzrhythmusstörungen.

Sie leidet unter erheblicher Konzentrationsschwäche (kann keine Zeitung mehr lesen, vergisst rasch, was sie gelesen hat). Morgens kommt sie nur mühsam aus dem Bett. Die Haushaltsverpflichtungen kann sie derzeit nur eingeschränkt bewältigen. Sie zieht sich sozial weitgehend zurück, hat kaum noch Kontakt zu ihren Freunden oder Angehörigen.

Die Beziehung zu ihrem Mann ist erheblich belastet, gleichwohl er bislang Verständnis für ihre Situation gezeigt habe, befürchtet sie, dass er die Eheschließung mit ihr bereuen könnte und sich mit Gedanken an Trennung trägt.

IV. A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen

Sie fühlt sich sehr erschöpft und niedergeschlagen, leidet unter verschiedenen vegetativen Symptomen wie ausgeprägte Ein- und Durchschlafstörungen, Schwindelgefühlen, Spannungskopfschmerzen (häufig mehrere Stunden am Tag), gelegentlich auch Herzrhythmusstörungen.

Sie leidet unter erheblicher Konzentrationsschwäche (kann keine Zeitung mehr lesen, vergisst rasch, was sie gelesen hat). Morgens kommt sie nur mühsam aus dem Bett. Ihr Selbstvertrauen ist deutlich gemindert. Sie kann sich nicht vorstellen, ihre eigenen Bedürfnisse ausreichend durchzusetzen bzw. sich ausreichend gegen Erwartungen anderer abzugrenzen.

IV. C. Persönliches und familiäres Umfeld:

Vor etwa 8 Monaten Eheschließung, ihr Mann ist als Jurist in einer Anwaltskanzlei tätig (3 Jahre älter als sie). Zur Vorgeschichte ist zu erfahren, dass sie als Kind strenge und leistungsorientierte Eltern hatte. Sie hatte den Eindruck, dass für ihre Eltern vor allem der berufliche Erfolg und gesellschaftliche Status zählt. Früh hatte sie in der Schule Versagensängste, die sich vor allem vor Prüfungen zuspitzten.

Die Beziehung zu ihrem Mann ist erheblich belastet, gleichwohl er bislang Verständnis für ihre Situation gezeigt habe, befürchtet sie, dass er die Eheschließung mit ihr bereuen könnte und sich mit Gedanken an Trennung trägt.

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 _____

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): stationäre Rehabilitation mit psychosomatischem Schwerpunkt

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Bislang keine Ansprüche beim RV-Träger erworben, Alltagskompetenz deutlich herabgesetzt, ambulante akutmedizinische Therapie ausgeschöpft, mehrdimensionaler u. interdisziplinärer Ansatz der Reha indiziert!
