



Musterfrau, Bertha

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

Schmerzen bei der Beugung des re. Hüftgelenkes sowie belastungsabhängig (beim Bücken, Treppensteigen und längerem

Gehen &gt; 2 km)

**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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Sonstiges</b> Gehstrecke max. 2 km mit Handstock				

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)

Pat. wohnt mit 80-jährigem Ehemann im Anbau eines Bauernhofs im Erdgeschoß.

Der Ehemann erledigt die Einkäufe mit dem Fahrrad, eine Zugefrau kommt 2 x wöchentlich.

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

./.

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

Großer Freundeskreis (Dorfgemeinschaft), regelmäßige Besuche der beiden Töchter (4x wöchentl.) am Abend.

Ärztliche Betreuung und medizinische Angebote wie KG nur im Nachbarort (15 km entfernt).

**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.)**

Regelmäßige hausärztliche Betreuung, in größeren Abständen ortho. Mitbehandlung

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

NSAR, Acetylsalicylsäure

**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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>6</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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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? Handstock seit 3 Monaten

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

**F. Sonstiges**

./.

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

Schmerzlinderung, Gewichtsabnahme

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Verbesserung der Beweglichkeit

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

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

Schmerzfreies Gehen und Treppensteigen, Fahrradfahren

## 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)

Moorbäder (ortsgebundene Heilmittel), Gebärdensprache

#### 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

Orthopädische Ausrichtung, gleichzeitig Ernährungsumstellung = Gewichtsreduktion

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

Multidisziplinärer Ansatz (Schmerztherapie, Physiotherapie, Ernährungstherapie)

#### 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

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): wenn Rehabilitation erforderlich, dann indikationsspezifisch  
orthopädisch

---

Ambulante Rehabilitation möglich?  ja  nein

**Beurteilung:**

keine Indikation für eine Rehabilitation, da wohnortnahe Maßnahmen nicht ausgeschöpft. Wegen schlecht oder nicht erreichbarer Heilmittelerbringer stationäre Vorsorge indiziert

---