

Krankenkasse bzw. Kostenträger Fall 17 - MuKi 2		
Vorname, Name des Versicherten Maria Bergmann geb. am 17.01.1982		
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)

Hausfrau, gelegentlich stundenweise als Verkäuferin tätig (geringfügige Beschäftigung)

Std./Woche _____ nein ja und zwar _____
Schichtdienst

arbeitslos seit 1999 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

Kopf- und Rückenschmerzen, Müdigkeit, Lustlosigkeit, Gereiztheit

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

1. Erschöpfungssyndrom nach ICD 10 Z 76.8

2. Adipositas E 66.0

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)

Störungen der emotionalen Funktion, Schmerzempfinden

Adipositas (BMI 32)

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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige Schwierigkeiten im Bereich der Selbstwahrnehmung, der Problemlösung

Schwierigkeiten bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben

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)

alleinlebend, keine Unterstützung durch den leiblichen Vater der beiden Kinder, er ist selbst arbeitslos, lebt nicht im

gleichen Haushalt, frühe Mutterrolle ohne familiäre Unterstützung, beengte Wohnverhältnisse, Geldknappheit,

Überforderung durch zwei Kinder, die nicht auf sie hören würden.

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

Hauptschulabschluss, keine abgeschlossene Berufsausbildung, Arbeitslosigkeit,

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

lebt in einem Ballungsraum, im Prinzip alle unterstützenden Dienste vorhanden

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.)

hausärztliche Behandlung

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

bei Bedarf Schmerzmittel

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 <input checked="" type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Aussichtreich nein <input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 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 nein <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/>	Aussichtreich nein <input type="checkbox"/> ja <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
Reduktion der Kopfschmerzen, Verbesserung der emotionalen Funktion, Verbesserung des Antriebs
-
- b) Beeinträchtigung der aktiven Teilhabe
bessere soziale Integration, Verbesserung des Verhältnisses zu Ihren Kindern, Verbesserung der Bewältigung von Belastungssituationen,
-
- c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren
Einleitung einer Gewichtsabnahme und Bewegungstherapie, Raucherentwöhnung,

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

erhofft sich Hilfe durch Kur, ist fest entschlossen Ihre Situation zu ändern. Besserer Kontakt zu anderen Menschen, auch neue Bekanntschaften zu schließen

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)

keine

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

Gesprächstherapie, Ernährungsberatung, autogenes Training, Bewegungstherapie, Erziehungsberatung

Mitnahme der Kinder zur Bearbeitung der gestörten Mutter-Kind-Beziehung erforderlich

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Zielgruppenspezifische Leistung für Mütter / Väter nach § 41 SGB V

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

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): Leistungen § 24 SGB V

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Keine Indikation zur Reha, aufgrund der drohenden alltagsrelevanten Beeinträchtigungen ist eine Vorsorgemaßnahme indiziert, Mitaufnahme der Kinder wegen Verbesserung der Mutter-Kind-Beziehung
