

Krankenkasse bzw. Kostenträger Fall 20, Kardiologie 2		
Vorname, Name des Versicherten Reiner Hillenbrand geb. am 03.07.1939		
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, 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

Vor 1 1/2 Jahren aortokoronare Bypasses, seitdem immer wieder belastungsunabhängige Schmerzen im Sternumbereich. Letzte

kardiologische Abklärung vor 6 Monaten ohne Hinweis auf kardiale Ursachen der Schmerzen.

Spaziergänge fallen ihm schwer. Auch längeres Stehen z.B. in der Kirche bereitet ihm Schwierigkeiten.

III. Rehabilitaionsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

1. Brustschmerz _____ R07.3

2. art. Hypertonie _____ I10

3. diätetisch eingestellter Diabetes mellitus _____ E11

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)

Belastungsunabhängige Schmerzen im Sternumbereich. Gering eingeschränkte körperliche Belastbarkeit.

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

Sonstiges zieht sich zurück, geht nicht mehr zum Gesangsverein, früher war er aktives Mitglied.

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)

familiär eingebunden, sehr aktive Ehefrau

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

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

Risikofaktoren

- Nikotin
 - Alkoholmissbrauch
 - Übergewicht
 - Bewegungsmangel
 - Drogenmissbrauch/Medikamentenmissbrauch
 - Sonstiges
-

Original für die Krankenkasse
Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

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 Hausarztkontakte, letzte kardiologische Untersuchung vor 6 Monaten.

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) ASS, ACE-Hemmer

C. Heilmittel

	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtsreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtsreich	
	nein	ja		nein	ja		nein	ja		nein	ja
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<u>12</u>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	_____	<input type="checkbox"/>	<input checked="" 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	Aussichtsreich	nein	ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Aussichtsreich			Durchgeführt		Aussichtsreich	
	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 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

F. Sonstiges

	Durchgeführt		Aussichtsreich	
	nein	ja	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"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Der Patient ist motivierbar	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

Verbesserung der körperlichen Belastbarkeit

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Wieder aktivere Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, z.B. Gesangverein

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren

Optimierung der Blutdruckeinstellung

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Wieder so fit werden wie vor der Bypass-OP

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)

[Bergluft](#)

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

[Ausdauertraining, Krankheitsverarbeitung](#)

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

[Kardiologische Rehabilitation](#)

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): Kardiologie

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

Keine Indikation zu medizinischer Rehabilitation, da keine Beeinträchtigung alltagsrelevanter Aktivitäten vorliegen.
Die kurative Behandlung ist nicht ausgeschöpft.
