

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

Linksventrikuläre Funktion beeinträchtigt (EF 40 %). Ergometerbelastbarkeit 1 Min 50 Watt, dann Abbruch wegen muskulärer

Erschöpfung und Atemnot. NYHA II-III. Lungenfunktion mäßig beeinträchtigt, Partialinsuffizienz.

Fettleber durch Alkoholmissbrauch

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 type="checkbox"/>	<input checked="" 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 type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (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) _____

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)

Sohn und Schwiegertochter wohnen im Nachbarhaus. Sie helfen im Haushalt mit und erledigen Einkäufe. Die Patientin selbst hat keinen Führerschein.

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 Besuche beim Hausarzt und Pulmologen

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) ASS, ACE-Hemmer, inhalative Corticoide und Beta-Mimetika

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

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung _____

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? Gehstock seit 1 Jahr

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

F. Sonstiges

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

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus der Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen
Verbesserung der Atemarbeit, Steigerung der körperlichen Belastbarkeit.

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und/oder Teilhabe
Verbesserung der Mobilität, Erhalt der Selbständigkeit

c) negative Kontextfaktoren / Risikofaktoren
Beeinflussung des Alkoholmissbrauchs

B. Ziele aus der Sicht des Patienten/Angehörigen

Möchte auf keinen Fall in ein Pflegeheim

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 checked="" type="checkbox"/>	<input 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 Überforderung der Patientin

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

Steigerung der Ausdauerleistung, Schulung COPD, Motivation zur Alkoholentwöhnung

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Kardiologische Rehabilitation

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
[Fragliche Prognose wegen Alkoholmißbrauch](#)

➤ günstige Prognose im Hinblick auf die Ziele des Patienten ja nein
[Fragliche Prognose wegen Alkoholmißbrauch](#)

Rehabilitationsallokation:

Art der Rehabilitation (Indikationsgruppe): Kardiologie, da Herzerkrankung Hauptindikation

Ambulante Rehabilitation möglich? ja nein

Beurteilung:

[Die Rehaprognose ist wegen des Alkoholmißbrauchs sehr unsicher. Da aber die übrigen Kriterien der Reha-Indikation erfüllt sind und Alternativen fehlen, sollte die Chance der Rehabilitation genutzt werden.](#)
