



Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum

Klinik und Station

Krankenkasse

Versichertennummer

Kliniken für Neurologie I und II

Chefärzte

Prof. Dr. med. Stefan Knecht

Prof. Dr. med. Tobias Schmidt-Wilcke

Leitung Patientenmanagement | Silke Junold

Leitung Case Management | Gudrun Brinkmann

Team Case Management

Telefon (021 59) 679-2000 | Telefax (021 59) 679-4000

casemanagement@stmtk.de | belegung@stmtk.de

ANTRAG AUF BEWILLIGUNG EINER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION



Anschrift

berufstätig als:

- Positive Erwerbsprognose
- Rentner
- Vorsorgevollmacht
- Betreuung

Name Betreuer
mit Telefonnummer

Name Bevollmächtigter
mit Telefonnummer

- alleinlebend
- mit Bezugsperson(en) lebend
- in vollstationärer Pflegeeinrichtung

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?

- ja, Stufe
- nein
- beantragt

Aufnahmetag im Krankenhaus

Voraussichtlicher Entlassungstag

Verlegung in die St. Mauritius Therapieklinik möglich ab:

Ansprechpartner im Krankenhaus mit Name und Berufsbezeichnung
(z. B. Arzt, Sozialdienst, Case Management)

Telefon-Nummer mit Durchwahl

Station Durchwahl

Fax-Nummer

Fax-Nummer

I. Befundbericht (allgemein)

Hauptdiagnose:

seit/OP am:

ICD 10

Nebendiagnosen:

seit:

ICD 10

PATIENTENNAME:

ANWENDUNG VON OPS-CODES:

- Neurologisch-neurochirurgische Frührehabilitation (8-552 ff)
- Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls (8-981 ff)
- Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung (8-550 ff)

Patient(in) ist somatisch und psychisch ausreichend belastbar und motiviert, aktiv an der beantragten Reha mitzuwirken:

Besteht die notwendige Belastbarkeit und Motivation? ja nein, weil

Sonstige erhebliche Störungen (z. B. Amputation/Prothesen/Blindheit)

.....

Wundheilungsstörung(en)	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schmerzen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Lokalisation:		
Dekubitus	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
wenn ja Größe:		cm
Lage:		
Grad:		
Liegt ein Blasenkatheter	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine PEG?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Liegt eine Magensonde?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Orientierung in fremder Umgebung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Fixierung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Depression	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Kognitive Einschränkungen/Demenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Sauerstoffgabe	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Monitorüberwachung	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Schlafapnoe-Gerät/CPAP-Gerät	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Harnkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Stuhlkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dysphagie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, welche		
.....		

Risikofaktoren		
Nikotin	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Übergewicht	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Bewegungsmangel	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Missbrauch von		
Alkohol	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Drogen	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Medikamenten	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Allergien	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche		
.....		
Sonstiges:		
COPD	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dialyse	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Isolation	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn ja, welche		
.....		
.....		

PATIENTENNAME:

BAR KRITERIEN

- Patient bedarf intensivmedizinischer Überwachung oder Therapie ja nein

- Patient ist teilmobilisiert und kann nicht kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Sitzrollstuhl verbringen ja nein

- Handlungsfähigkeit des Patienten reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten ja nein

- Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (auch nicht unter Verwendung von Hilfsmitteln) ja nein

- Kleingruppenfähigkeit in der Therapie ist nicht gegeben, nur Einzeltherapie möglich ja nein

Patient hat sein Wunsch und Wahlrecht ausgeübt ja nein

TRANSPORTMITTEL

- öffentliche Verkehrsmittel RTW Begleitperson erforderlich
- Taxi, Mietwagen KTW PKW

Datum _____

Name des Verfassers _____

Unterschrift Stationsarzt _____

CHECKLISTE FÜR BEIGEFÜGTE UNTERLAGEN:

Aktuelles Assessment

- 1. Barthelindex ja nein
- 3. Betreuungsverfügung ja nein
- 4. Keimnachweis ja nein
- 5. Wunddokumentation ja nein

Private Krankenversicherung ja nein Privat stationär Phase D versichert ja nein

Private Zusatzversicherung ja nein Private Beihilfe ja nein

Wunschlinik des Patienten _____