



**Patient** (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

.....

**Geburtsdatum**

.....

**Klinik und Station**

.....

**Krankenkasse**

.....

**Versichertennummer**

.....

**Klinik für Neurologie**

Chefarzt

Prof. Dr. med. Stefan Knecht

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
Stuhkontinenz	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Dysphagie	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Wenn Ja, welche		
.....		

<b>Risikofaktoren</b>		
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
<b>Missbrauch von</b>		
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
<b>Allergien</b>	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein
Welche		
.....		
<b>Sonstiges:</b>		
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 teilmobiliert 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

\_\_\_\_\_