

**Antrag auf Bewilligung einer neurologischen Rehabilitation**

Nachname, Vorname des Patienten:	
Geb. Datum:	
Klinik und Station:	

Krankenversicherung:	Versichertennummer
----------------------	--------------------

Faxnummer des Kostenträgers

**Neurozentrum**

Chefarzt  
Prof. Dr. med. Stefan Knecht

Leitung Patientenmanagement  
Frau S. Junold  
Telefon (02159) 679 5129  
[Silke.junold@stmtk.de](mailto:Silke.junold@stmtk.de)

Frau G. Brinkmann  
Ltg. Case Management STMTK  
Telefon (02159) 679 5170  
Frau A. Goossens  
Telefon (02159) 679 5222  
Telefax (0211) 679 4000  
[casemanagement@stmtk.de](mailto:casemanagement@stmtk.de)

**Belegungsmanagement**

Telefon (02159) 679 2000  
Telefax (0211) 679 4000  
[belegung@stmtk.de](mailto:belegung@stmtk.de)

Aufnahme im Krankenhaus: \_\_\_\_\_

Entlassung geplant für den: \_\_\_\_\_

Antrag auf eine stationäre neurologische Rehabilitation Phase B  Phase C  Phase D

**Da wir erwarten, dass der o.g. Versicherte (m/w) in Kürze auch außerhalb akutstationärer Umgebung versorgt werden kann, beantragen wir in Abstimmung mit dem Versicherten die Bewilligung einer neurologischen Rehabilitation gem. § 40 Abs. 2 SGB V**

Reha-Diagnose / Hauptdiagnose: \_\_\_\_\_

Relevante Nebendiagnosen:

- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

- **Kardio-pulmonale Belastbarkeit**     gut     eingeschränkt     schlecht

Wunschlinik des Patienten: \_\_\_\_\_

Pat. hat sein Wunsch und Wahlrecht ausgeübt:  ja (siehe Anhang)  nein

<b>Besonderheiten</b>	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Monitorüberwachung <input type="checkbox"/>	Fixierung <input type="checkbox"/>	KG>120kg <input type="checkbox"/>
	Hinlauftendenz <input type="checkbox"/>	Trachealkanüle <input type="checkbox"/>	Sauerstoff <input type="checkbox"/>	
<b>Ernährung</b>	ZVK <input type="checkbox"/>	PEG <input type="checkbox"/>	MS <input type="checkbox"/>	oral <input type="checkbox"/>
<b>Isolation</b>	MRSA <input type="checkbox"/>	Clostr. difficile <input type="checkbox"/>	ESBL <input type="checkbox"/>	MRGN 3 <input type="checkbox"/>
	MRGN 4 <input type="checkbox"/>			
<b>Fieber</b>	Pneumonie <input type="checkbox"/>	Harnwegsinfekt <input type="checkbox"/>	andere <input type="checkbox"/>	

### Allgemeine Probleme

Besteht beim Patienten eine erhebliche Einschränkung: Bei Mobilität und Selbsthilfefähigkeit?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Handelt es sich um einen multimorbiden Patienten?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Nahm der Patient bisher regelmäßig mehr als fünf verschiedene Medikamente?	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Evtl. Medikationsbogen beifügen	

### relevante und erhebliche Störungen

Nahrungs- / Flüssigkeitsaufnahme: _____
Wunden (Größe & Tiefe) – Versorgung: _____
Schmerzen: _____
kognitive Störungen: _____
psychische Störungen: _____
sonstige erhebliche Störungen (z. B. Extremitätenamputationen / Prothesen / Blindheit / Aphasie)
_____
_____

<b>Barthelindex</b> (Zutreffendes bitte ankreuzen)		
Essen und Trinken	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
Mit Unterstützung	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
Wenn Speisen vorbereitet werden	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
Körperpflege, Kämmen, Rasieren, Zähneputzen	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
Benutzung der Toilette (An- u. Auskleiden, Körperreinigung, Wasserspülung betätigen)	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
Baden/Duschen	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
Gehen <input type="checkbox"/>	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
Fortbewegung mit dem Rollstuhl <input type="checkbox"/>	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>
An- und Ausziehen	nicht möglich	0 <input type="checkbox"/>
	mit Unterstützung	5 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	10 <input type="checkbox"/>

Stuhlkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung	0 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	5 <input type="checkbox"/>
		10 <input type="checkbox"/>
Harnkontrolle	nicht möglich mit Unterstützung	0 <input type="checkbox"/>
	selbstständig	5 <input type="checkbox"/>
		10 <input type="checkbox"/>
Summe Barthelindex		
<b>Frührehabartheil</b>		
	<b>Ja</b>	<b>nein</b>
Tracheostoma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Intermittierende Beatmung (auch CPAP u. NIV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (Fremd- oder Eigengefährdung) durch aggressive Durchbrüche, Hinlauftendenz o.ä. oder schwere Störungen des Sozialverhaltens	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung (1:1 Essenbegleitung durch Pflegepersonal)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwere Verständigungsstörung (Aphasie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Summe Frührehabartheil		

Punkte Barthelindex	Punkte Frührehabartheil	Gesamtpunkte

### 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**

### geplante Reha-Ziele:

<input type="checkbox"/> Verbesserung der Lebensqualität <input type="checkbox"/> Verbesserung / Vermeidung einer Beeinträchtigung der selbstständigen Lebensführung <input type="checkbox"/> Krankheitskomplikationen vorbeugen <input type="checkbox"/> Verbesserung der Kommunikation <input type="checkbox"/> Pflegebedürftigkeit vermeiden oder verringern <input type="checkbox"/> Optimierung der Krankheitsbewältigung <input type="checkbox"/> Verbesserung der Selbstversorgung / Mobilität <input type="checkbox"/> Wiederherstellung der Belastungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Verbesserung der kardio-pulmonalen Leistungsfähigkeit <input type="checkbox"/> Entwöhnung / Entfernung Trachealkanüle <input type="checkbox"/> Entfernung PEG <input type="checkbox"/> Kostaufbau <input type="checkbox"/> Verbesserung der Gehfähigkeit, Gehstrecke <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion <input type="checkbox"/> Erlernung von Kompensationsstrategien <input type="checkbox"/> Verbesserung der kognitiven Defizite <input type="checkbox"/> Verbesserung / Vermeidung einer Beeinträchtigung der sozialen Integration (Sprach-/Kommunikationstherapie)
<input type="checkbox"/> sonstiges

**eine ambulante / teilstationäre Anschlussheilbehandlung ist nicht ausreichend**

- ausreichender Zahl an Therapien kann nicht stattfinden
- Frequenz der Therapiemaßnahmen können ambulant nicht erhöht werden
- Einschränkung der körperlichen Belastbarkeit
- medizinischer Handlungsbedarf
  
- sonstiges \_\_\_\_\_

**Besonderheiten:**

Patient/in hat RV Anspruch:  ja  nein

positive Erwerbsprognose  ja  nein  unklar

Private Krankenversicherung  ja  nein Privat stationär Phase D versichert  ja  nein

Private Zusatzversicherung  ja  nein Private Beihilfe  ja  nein

Terminwunsch zur Rehabilitation am: \_\_\_\_\_20\_\_\_\_ angemeldet

Termin vorbehaltlich der Kostenzusage zur Rehabilitation am: \_\_\_\_\_20\_\_\_\_ erhalten

**Transportmittel**

<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> RTW	<input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich
<input type="checkbox"/> Taxi, Mietwagen	<input type="checkbox"/> KTW	<input type="checkbox"/> PKW

<b>Verlegende Einrichtung:</b>
<b>Durchwahl Station/Fax:</b>
<b>Datum:</b>
<b>Name des Verfassers:</b>
<b>Unterschrift Stationsarzt:</b>
<b>Unterschrift Patient / gesetzlicher Betreuer:</b>