



Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum

Klinik und Station

Krankenkasse

Versichertennummer

Klinik für Neurologie

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

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

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?

- ja, Stufe
- nein
- beantragt

Name Bevollmächtigter
mit Telefonnummer

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
