

**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) 679-4220, -5022, -5185 und -5025  
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)  ja  nein

Schmerzen  ja  nein

Lokalisation:

Dekubitus  ja  nein

wenn ja Größe: ..... cm

Lage: .....

Grad: .....

Liegt ein Blasenkatheter  ja  nein

Liegt eine PEG?  ja  nein

Liegt eine Magensonde?  ja  nein

Orientierung in fremder Umgebung  ja  nein

Fixierung  ja  nein

Depression  ja  nein

Kognitive Einschränkungen/Demenz  ja  nein

Sauerstoffgabe  ja  nein

Monitorüberwachung  ja  nein

Schlafapnoe-Gerät/CPAP-Gerät  ja  nein

Harnkontinenz  ja  nein

Stuhlkontinenz  ja  nein

Dysphagie  ja  nein

Wenn Ja, welche

.....

**Risikofaktoren**

Nikotin  ja  nein

Übergewicht  ja  nein

Bewegungsmangel  ja  nein

**Missbrauch von**

Alkohol  ja  nein

Drogen  ja  nein

Medikamenten  ja  nein

**Allergien**  ja  nein

Welche

**Sonstiges:**

COPD  ja  nein

Dialyse  ja  nein

Isolation  ja  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

\_\_\_\_\_