

Reha-Klinik/-Institution:

Anschrift:

Tel./Fax:

Ansprechpartner:

Durchwahl:

# G Ärztlicher Verlängerungsantrag für geriatrische Rehabilitationsleistungen

Anschrift der Krankenkasse /Fax

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

Geb. am

Krankenversicherungsnummer

1.

	Datum:	stationär	ambulant
Beginn der Rehabilitationsleistung :		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genehmigt bis:			
Datum des Verlängerungsantrages:			
Verlängerung beantragt bis:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1 Rehabilitationsbegründende Diagnose(n)(nach ICD 10):

seit wann?

2.2 Weitere Diagnosen (Komorbidität):

seit wann?

2.3 Komplikationen im bisherigen Rehabilitationsverlauf:

seit wann?

3. Aktueller Befund

*Es wird um genaue Beschreibung der relevanten Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und ihres Verlaufes im Hinblick auf den Befund bei Aufnahme oder letztem Verlängerungsantrag gebeten.*

		gleich	besser	schlechter
3.1.	<b>Schädigungen des kardiovaskulären Systems</b> (z.B. Dyspnoe, Angina pectoris, Claudicatio, Synkopen, instabiler Blutdruck)			
3.2	<b>Schädigungen im Zusammenhang mit dem Verdauungssystem</b> (z.B. Ess- und Trinkverhalten, Dysphagie, Durchfall, Obstipation, Stuhlinkontinenz)			
3.3	<b>Schädigungen des Stoffwechsel- und des endokrinen Systems</b> (z.B. Fehlernährung, Gewichtsverlust, Diabetes m., Schilddrüsenfunktionsstörungen)			
3.4	<b>Schädigungen des Urogenitalsystems</b> (z.B. Dysurie, Retentionsblase, Inkontinenz)			

		gleich	besser	schlechter
<b>3.5</b>	<b>Schädigungen des hämatologischen und des Immunsystems</b>			
<b>3.6</b>	<b>Neuromuskuloskeletale und bewegungsbezogene Schädigungen</b> (z.B. Muskelkraftminderung, spast. / schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen, Amputationen)			
<b>3.6.1</b>	<b>Haltungsschädigungen</b> (z.B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)			
<b>3.7</b>	<b>Schädigungen von Sinnesfunktionen (insbesondere Angaben zu Schmerzen)</b>			
<b>3.7.1</b>	<b>Sonstige Schädigungen von Sinnesorganen und -funktionen</b>			
<b>3.8</b>	<b>Schädigungen der Stimm- und Sprechfunktion</b> (z.B. Aphasie, Dysarthrie)			
<b>3.9</b>	<b>Schädigungen des Sehens, des Hörens</b>			
<b>3.10</b>	<b>Mentale Schädigungen</b> (z.B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)			
<b>3.10.1</b>	<b>Ggf. gesondertes Eingehen auf</b> zeitliche, situative und örtliche Orientierungsstörungen Ggf. Motivation, Selbst- und Fremdgefährdung, Schwere einer Bewusstseinsstörung oder des Affektes zu erwähnen. Besonderer Erwähnung bedarf hier die psychische Situation des geriatrischen Patienten			
<b>3.11</b>	<b>Schädigungen der Haut</b> (z.B. Nekrosen, Ulcera, Decubitus)			
<b>3.12</b>	<b>Sonstige Schädigungen</b>			

Befunde (Skalen) bei Aufnahme sind beizufügen (z.B. MMSE, GDS, Aachener Aphasietest oder andere Assessmentinstrumente, Sozialfragebogen)

- 4.0 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe**  
soweit in beigefügten Bögen nicht erfasst  
Befunde bei Aufnahme und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z.B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP, Timed up and go)

<b>4.1 Wissen anwenden, Planen und Handeln, Regeln befolgen</b>	<b>bei Aufnahme</b>	<b>aktuell</b>
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Routinen unter Schwierigkeiten erledigen, Hilfen erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein selbstständiges Handeln möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2 Kommunikation und Konversation</b>		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen mit Schwierigkeiten umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3 Mobilität (Liegen, Umlagern, Aufrichten, Sitzen, Transfer)<sup>1</sup></b>		
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.4 Mobilität (Rollstuhl benutzen, Gehen, Treppensteigen)<sup>2</sup></b>		
keine Störungen oder Fortbewegung mit Hilfsmittel sicher möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsicheres Gehen mit Sturzneigung, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.5 Mobilität ( Fingerfertigkeit, Hand-Armgebrauch)<sup>3</sup></b>		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezielter Einsatz von Fingern, Hand und Arm nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.6 Besondere Probleme</b>		
situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauff Tendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>5. Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf</b>	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
<b>5.1 Schädigungen (3.1 – 3.12)</b>				
<b>5.2 Aktivitäten, Teilhabe (4.1 – 4.6) und Kontextfaktoren</b>				
<b>5.3 Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen.</b>				

<sup>1</sup> Unzutreffendes streichen

<sup>2</sup> dto.

<sup>3</sup> dto.

**6. Rehabilitative Therapie****Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:**

(ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.. Wo.	.. Wo.	..Wo.	..Wo.	geplant:

**7. Warum kann - bei stationärer Rehabilitationsleistung - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?****8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung** Zuhause selbständig Zuhause mit Hilfe Kurzzeitpflege Anpassung des Wohnumfeldes Wohnheim Pflegeheim\_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Stempel