

Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<u>Verlegende Klinik (Name, Anschrift):</u> Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer): Sozialdienst	<u>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</u>
--	---

<u>Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):</u> , geb. am	
<u>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</u> ,	
Krankenkasse:	Versichertennummer (der Krankenkasse):
Aufnahmetag im Krankenhaus:	Datum der vorgesehenen Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik:

Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

- stationäre geriatrische Rehabilitation
 ambulante geriatrische Rehabilitation
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zugestimmt mit einer Verweildauer/ Behandlungsdauer für _____ Wochen.

wird nicht zugestimmt, weil _____

_____.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)
 Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Patient: Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____	Krankenkasse:
--	------------------------------

Rehabilitationsbegründende Diagnose (Verlegungsdiagnose):

ICD 10 Code: _____ Akutereignis am: _____

Weitere Diagnosen:

Bitte **geriatrische Besonderheiten** wie z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus angeben:

Barthel-Index

	<i>Bitte richtige Punktzahl einkreisen</i>	
Essen	Unabhängig - benützt Geschirr und Besteck	10 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden	5 <input type="checkbox"/>
	Total hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
Rollstuhltransfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil)	15 <input type="checkbox"/>
	Minime Assistenz oder Supervision	10 <input type="checkbox"/>
	Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer	5 <input type="checkbox"/>
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0 <input type="checkbox"/>
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
Toilette	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel	10 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5 <input type="checkbox"/>
	Kann nicht auf die Toilette	0 <input type="checkbox"/>
Baden	Badet ohne Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
	Badet mit Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15 <input type="checkbox"/>
	Geht ≥ 50 m mit geringer Hilfe	10 <input type="checkbox"/>
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl ≥ 50 m	5 <input type="checkbox"/>
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0 <input type="checkbox"/>
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe	10 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe oder Supervision	5 <input type="checkbox"/>
	Kann nicht Treppen steigen	0 <input type="checkbox"/>
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10 <input type="checkbox"/>
	Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an	5 <input type="checkbox"/>
	Total hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
Stuhlkontrolle	Kontinent	10 <input type="checkbox"/>
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent	5 <input type="checkbox"/>
	Dauernd inkontinent	0 <input type="checkbox"/>
Urinkontrolle	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10 <input type="checkbox"/>
	Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter	5 <input type="checkbox"/>
	Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	0 <input type="checkbox"/>
Summe		

Angaben zur Operation

Datum der Operation:	Art der Operation:
Angaben zum Verlauf/Komplikationen:	
Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz-Operationen:	
Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

Medikation (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente 1 - 4 Medikamente 5 und mehr Medikamente

Störungen der Sprache und des Sprechens:

Aphasie Dysarthrie Dysphonie _____

Störungen der Ernährung:

Der Patient ist Schluckstörung Essschwäche Trinkschwäche
 untergewichtig normalgewichtig übergewichtig

Sehen: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Hören: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Störungen der Kognition:

Gedächtnisstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise
Orientierungsstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise
sonstige Störungen: Aufmerksamkeit Wahrnehmung Neglect Apraxie

ggf. Erläuterungen: _____

Störungen der Psyche:

Depression Vigilanz Unruhe
 Weglauftendenz Psychotische Phänomene _____

Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung? nein ja noch zu klären/ beantragen

Falls ja, bitte Name und Adresse des vom Gericht
bestellten Betreuers angeben: _____

Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

zuhause alleine selbständig zuhause alleine mit Unterstützung Alten-/ Wohnheim
 zuhause mit pflegefähigen Angehörigen zuhause mit pflegebedürftigen Angehörigen Pflegeheim

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator o. ä. UA-Gehstützen OS/US-Prothese
 PEG-Sonde Nasen-Magen-Sonde Stoma Hörgerät
 Windeln Dauerkatheter Suprapubische Fistel Urinalkondom
 sonstige _____

Derzeitige Therapie:

Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
Ergotherapie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
Logopädie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv

Im GRB-Verfahren sind folgende Hauptdiagnosen zugelassen:

- Folgezustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen - insbesondere Schlaganfall
- Folgezustand nach operativ und konservativ versorgten Frakturen und Gelenkschäden
- Folgezustand nach Amputationen
- sonstige (z. B. wie entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates; Diabetes Mellitus mit diabetesbedingten Spätschäden; peripher-arterielle Verschlusskrankheit; ischämische Herzkrankheiten; Folgezustand nach Pneumonie; neurologische Erkrankungen - insbesondere Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom; Folgezustand nach schweren chirurgischen Eingriffen)
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Dekubitus, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme)

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen? _____

Der Patient befindet sich seit dem _____ (bitte Datum angeben) in stationärer Krankenhausbehandlung

Eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik könnte ab dem _____ (bitte Datum angeben) erfolgen.

Als ambulante / stationäre (nicht zutreffendes bitte streichen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

Hiermit werden Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit bestätigt.

Erläuterungen:

Rehabilitationsnotwendigkeit ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu mindern, insbesondere auch, um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitszustand zu erhalten.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn bei der Patientin / dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muss die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein.

Bemerkungen:

_____ Datum

_____ Stempel

_____ Unterschrift des verlegenden Arztes

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

Dieses Antragsformular ersetzt nicht den Verlegungsarztbrief.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

Name und Telefonnummer der nächsten Bezugsperson des Patienten:

Zustimmungserklärung des Patienten

_____ Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den im Antrag genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fremdbefunde anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den medizinischen Dienst und die Übermittlung der von diesen erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.
Ich weiß, dass ich der Übermittlung meiner medizinischen Daten an meine Krankenkasse widersprechen kann.

_____ Datum _____ Unterschrift des Patienten oder der Hilfsperson
gem. erklärtem Willen des Patienten oder rechtlicher Betreuer

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 40 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.