

ANTRAG

VOLLSTATIONÄRE GERIATRISCHE REHABILITATION

Kostenträger

Anschrift

Fax

Anmeldende Klinik / Praxis

Klinik / Praxis
Abteilung / Station
Telefon
Fax
Ansprechpartner
Sozialdienst

Patientendaten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Adresse

Krankenversicherungs-Nr.

Hausarzt

Nächste Bezugsperson / Betreuer (Name, Telefon)

Aufenthalt / Entlassung

Derzeitiger Krankenhaus-Aufenthalt seit:

Verlegung in Reha voraussichtlich möglich ab:

Voraussichtlicher Entlassungstermin:

Direktverlegung notwendig

Ausgewählte geriatrische Rehabilitationsklinik (Zulassung für alle gesetzlichen Kostenträger gemäß § 111 SGB V)

Geriatrisches Zentrum Zülpich GmbH
Brabenderklinik –
Klinik für geriatrische Rehabilitation
Ltd. Arzt: Dr. med. Michael Münchmeyer, M.A.
Königsstraße 12 • 53909 Zülpich



Tel 02252 – 304-0 • Fax 02252 – 304-111
Ansprechpartner: Verwaltung - Tel 02252 – 304-105

Angeforderte Leistung

allgemeiner Pflegesatz

Wahlleistungen erwünscht:

Einbettzimmer

Behandlung durch den leitenden Arzt

Zusatzversicherung/Beihilfe:

ja nein

Versicherungs-Nr.

Entscheidung des Kostenträgers

Der beantragten stationären geriatrischen Rehabilitation wird

zugestimmt mit einer Verweildauer von _____ Wochen

nicht zugestimmt, weil: _____

Ort / Datum

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Patient:

DIAGNOSEN:

Hauptdiagnosen (Nr.):

| | |
|---|--|
| 01 Atmungsorgane <input type="checkbox"/> 491 Chron. Bronchitis / Asthma <input type="checkbox"/> 492 Lungenemphysem <input type="checkbox"/> 415 Lungenembolie <input type="checkbox"/> 137 Status nach Lungen TBC <input type="checkbox"/> 486 Pneumonie <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Sauerstoffgerät | 06 Stoffwechsel <input type="checkbox"/> 2500 Diabetes mellitus <input type="checkbox"/> 274 Gicht <input type="checkbox"/> 242 Hyperthyreose <input type="checkbox"/> 244 Hypothyreose <input type="checkbox"/> Andere: |
| 02 Blut / Kreislauforgane <input type="checkbox"/> 285 Anämie <input type="checkbox"/> 412 Herzinfarkt <input type="checkbox"/> 428 Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> 427 Herzrhythmusstörung <input type="checkbox"/> 401 Hypertonie <input type="checkbox"/> 458 Hypotonie <input type="checkbox"/> Andere: | 07 Nervensystem <input type="checkbox"/> 340 Multiple Sklerose <input type="checkbox"/> 3321 Morbus Parkinson <input type="checkbox"/> 436 Insult (Hemiparese/ -plegie) <input type="checkbox"/> 290 Einfache senile Demenz (Alzheimer Typ) <input type="checkbox"/> 294 Arteriosklerotische Demenz (Multiinfarkttyp) <input type="checkbox"/> 7843 Aphasie <input type="checkbox"/> 7845 Dysarthrie <input type="checkbox"/> Andere: |
| 03 Harnwege / Gynäkologie <input type="checkbox"/> 595 Harnwegsinfektion <input type="checkbox"/> 600 Prostatahypertrophie <input type="checkbox"/> 5651 Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> 6183 Descensus uteri <input type="checkbox"/> Andere: <input type="checkbox"/> Dialysepflichtig | 08 Sinnesorgane <input type="checkbox"/> 366 Katarakt <input type="checkbox"/> 365 Glaukom <input type="checkbox"/> 3891 Presbyakusis <input type="checkbox"/> Andere: |
| 04 Verdauungsorgane <input type="checkbox"/> 531 Ulcus ventriculi <input type="checkbox"/> 532 Ulcus duodeni <input type="checkbox"/> 571 Leberzirrhose <input type="checkbox"/> Andere: | 09 Haut <input type="checkbox"/> 7071 Ulcus cruris <input type="checkbox"/> 707 Decubitus <input type="checkbox"/> 709 Andere: |
| 05 Bewegungsapparat <input type="checkbox"/> 715 Osteoarthrose <input type="checkbox"/> 721 Spondylose / Spondylarthrose <input type="checkbox"/> 714 primär chronische Polyarthritits <input type="checkbox"/> 7331 Osteoporose <input type="checkbox"/> 7151 Coxarthrose <input type="checkbox"/> 7151 Gonarthrose <input type="checkbox"/> 7156 Endoprothese – Hüfte <input type="checkbox"/> 7157 Endoprothese – Knie <input type="checkbox"/> 8205 Status nach Endoprothese – Fractura colli femuris <input type="checkbox"/> 4446 Amputation – Oberschenkel - <input type="checkbox"/> 4447 Amputation – Unterschenkel - <input type="checkbox"/> Andere: | 10 Tumore <input type="checkbox"/> 185 Prostata – Ca. <input type="checkbox"/> 174 Mamma – Ca. <input type="checkbox"/> 179 Uterus – Ca. <input type="checkbox"/> 162 Bronchus – Ca. <input type="checkbox"/> 153 Colon – Ca. <input type="checkbox"/> 151 Magen – Ca. <input type="checkbox"/> Andere: |

Patient:

ART UND GRAD DER PFLEGEBEDÜRFTIGKEIT:

| | |
|--|---|
| I Psychischer Zustand <input type="checkbox"/> 1 Desorientiert und verwirrt, Verhalten ruhig <input type="checkbox"/> 2 Stark verwirrt, unruhig <input type="checkbox"/> 3 Depressiv <input type="checkbox"/> 4 Paranoid <input type="checkbox"/> 5 Nikotinabusus <input type="checkbox"/> 6 Alkoholabusus <input type="checkbox"/> 7 Medikamentenabusus <input type="checkbox"/> 8 Andere: | III Motorische Fähigkeiten <input type="checkbox"/> 1 Gehen <input type="checkbox"/> 2 Treppensteigen <input type="checkbox"/> 3 Aufstehen und Zubettgehen <input type="checkbox"/> 4 An- und Auskleiden <input type="checkbox"/> 5 sich waschen <input type="checkbox"/> 6 Mahlzeiten einnehmen <input type="checkbox"/> 7 WC benutzen <input type="checkbox"/> Andere: |
| II Physischer Zustand <input type="checkbox"/> 1 Visus stark beeinträchtigt <input type="checkbox"/> 2 Schwerer Gehörschaden <input type="checkbox"/> 3 Nahrungssonde <input type="checkbox"/> 4 Urininkontinenz <input type="checkbox"/> 5 Dauerkatheter <input type="checkbox"/> 6 Stuhlkontinenz <input type="checkbox"/> 7 Anus praeter <input type="checkbox"/> 8 Adipositas | IV Hilfsmittel <input type="checkbox"/> 1 Stock <input type="checkbox"/> 2 Gehgerät <input type="checkbox"/> 3 Rollstuhl <input type="checkbox"/> 4 Beinprothese <input type="checkbox"/> bestellt <input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> 5 Herzschrittmacher |

Folgende Aspekte bitte stichwortartig darstellen

ERGÄNZUNGEN zum Krankheitsverlauf:

REHABILITATIONSZIELE:

BEHANDLUNG:

AKTUELLE MEDIKAMENTÖSE THERAPIE:

ALLERGIEN:

INFEKTIÖSE ERKRANKUNG:

(Isolationsmaßnahmen notwendig bezüglich MRSA, Clostridien, ESBL, MRGN, etc.?)

Patient:

BEGRÜNDUNG FÜR EINE GERIATRISCHE REHABILITATION

(Bitte ankreuzen, Mehrfachnennungen möglich)

Der Patient ist durch folgende geriatritypische Charakteristika gekennzeichnet:

- Höheres Lebensalter
- Geriatritypische Multimorbidität (mindestens 2 behandlungsbedürftige Erkrankungen, die während der Rehabilitation engmaschig ärztlich überwacht und bei der Therapie berücksichtigt werden müssen)
- Mehrfachmedikation
- Herabgesetzte Medikamententoleranz
- Häufige Krankenhausbehandlung (Drehtüreffekt)
- Schädigungen und alltagsrelevante Beeinträchtigungen im Sinne eines geriatrischen Syndroms:
 - Immobilität
 - Sturzneigung und Schwindel
 - Kognitive Defizite
 - Inkontinenz (Harninkontinenz und/oder Stuhlinkontinenz)
 - Dekubitalulcera
 - Fehl- und Mangelernährung
 - Störungen im Flüssigkeits- und Elektrolythaushalt
 - Depression, Angststörung
 - Chronische Schmerzen
 - Sensibilitätsstörungen
 - Herabgesetzte körperliche Belastbarkeit/Gebrechlichkeit
 - Starke Sehbehinderung
 - Ausgeprägte Schwerhörigkeit
- Pflegende Angehörige sollten in den Rehabilitationsprozess eingebunden sein, um eine spätere Pflege/Betreuung zu Hause zu ermöglichen (heimatnahe Rehabilitation)
- Es droht Pflegebedürftigkeit oder ist bereits eingetreten. Die Beseitigung, eine Minderung oder Verhütung einer Verschlimmerung der Pflegebedürftigkeit ist durch eine stationäre Reha nach ärztlichem Ermessen zu erreichen



Bei Verlegung aus dem Krankenhaus bitte unbedingt mitgeben:

- Röntgenbilder / CT-Bilder
- Wichtige Laborwerte / Befunde
- Medikamentenplan

Datum

Stempel

Unterschrift des Arztes

Patient:

Zustimmungserklärung des Patienten:

Ich bin mit der Rehabilitationsbehandlung einverstanden.

Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

Ort / Datum

Patient hat mündlich sein Einverständnis erklärt
(Unterschrift nicht möglich)

Entbindung von der Schweigepflicht:

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.

Unterschrift Patient oder gesetzl. Vertreter

Ort / Datum

Patient hat mündlich sein Einverständnis erklärt
(Unterschrift nicht möglich)

Patient:

Aktivitäten des täglichen Lebens

(ADL, Barthel-Index n. Hamburger Manual)

| | | |
|---|---|-----------------------------|
| Essen | Unabhängig – benutzt Geschirr und Besteck | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Total hilfsbedürftig | <input type="checkbox"/> 0 |
| Rollstuhltransfer Auf- u. Umsetzen | Unabhängig, bzw. vollmobil | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Minimale Assistenz oder Supervision | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Kann aufsitzen, braucht jedoch Transferhilfe | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Kann sich nicht selber aufsetzen | <input type="checkbox"/> 0 |
| Persönliche Pflege | Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Braucht Hilfe | <input type="checkbox"/> 0 |
| Toilette | Unabhängig bei Benutzung von Toilette/Bettschüssel | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Braucht Hilfe, z.B. bei Gleichgewicht, Kleidung, Papier | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Kann nicht auf die Toilette | <input type="checkbox"/> 0 |
| Duschen/Baden | Duscht oder badet ohne Hilfe | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Duscht oder badet mit Hilfe | <input type="checkbox"/> 0 |
| Bewegung | Unabhängig, mind. 50 m gehfähig, ggf. mit Gehstützen | <input type="checkbox"/> 15 |
| | Geht > 50 m mit geringer Hilfe | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Geht > 50 m mit geringer Hilfe / fährt alleine Rollstuhl > 50 m | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen | <input type="checkbox"/> 0 |
| Treppensteigen | Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Braucht Hilfe oder Supervision | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Kann nicht Treppensteigen | <input type="checkbox"/> 0 |
| An- und Auskleiden | Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Hilfsbedürftig, kleidet sich mind. zur Hälfte selbst an | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Total hilfsbedürftig | <input type="checkbox"/> 0 |
| Stuhlkontrolle | Kontinent | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Dauernd inkontinent | <input type="checkbox"/> 0 |
| Urinkontrolle | Kontinent (kann Windeln/Vorlagen/Katheter selbst bedienen) | <input type="checkbox"/> 10 |
| | Teilweise inkontinent, braucht Hilfe beim Katheter | <input type="checkbox"/> 5 |
| | Inkontinent (kann Windel, etc. nicht selbst bedienen) | <input type="checkbox"/> 0 |

Untersuchungsdatum:

Gesamtpunktzahl:
(von 100 möglichen Punkten)