

Antrag auf Anschlussrehabilitation	
Versicherte/Versicherter (Name, Vorname NZ VSW Titel) Name, Vorname NZ VSW Titel,	Krankenkasse KK
Straße, Haus-Nr. Straße Nr.	Versichertennummer VNr
Postleitzahl, Wohnort PLZ Stadt	Geburtsdatum geboren
Telefonnummer Telefon	
I. Angaben der Versicherten/des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)	
<p>1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit                      Wurden im Rahmen dieses Krankenhausaufenthaltes Leistungen der Pflegeversicherung beantragt?  <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	
<p>2. Fragen zur Rentenantragstellung                      Wurde in den letzten 6 Monaten ein Rentenantrag gestellt?</p> <p style="text-align: center;">Träger der Rentenversicherung</p> <p>Altersrente            <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    _____</p> <p>Rente wegen                      Erwerbsminderung    <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja    _____</p>	
<p>3. Fragen zur häuslichen Situation                      In welchem Stockwerk wohnen Sie? _____</p> <p>Ist ein Aufzug vorhanden?            <input type="checkbox"/> nein            <input type="checkbox"/> ja</p> <p>Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<p>4. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?                      Leben Sie</p> <p><input type="checkbox"/> zu Hause und dort                    <input type="checkbox"/> allein    <u>oder</u></p> <p style="padding-left: 150px;"><input type="checkbox"/> mit Angehörigen/mit sonstigen Personen</p> <p><input type="checkbox"/> im Betreuten Wohnen</p> <p><input type="checkbox"/> in einer Alten-/Pflegeeinrichtung</p> <p>Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt?    <input type="checkbox"/> ja    <input type="checkbox"/> nein</p>	

5. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (sofern vorhanden)			
Name	Name, Vorname NZ VSW, Titel,		
Adresse (soweit bekannt)			
Straße, Haus-Nr.	Straße		
Postleitzahl	PLZ	Wohnort	Ort
Telefonnummer	_____		
6. Fragen zu einer Betreuung, Vorsorgevollmacht oder gesetzlichen Vertretung			
<input type="checkbox"/> Betreuer/in	<input type="checkbox"/> Vorsorgebevollmächtigte/r	<input type="checkbox"/> Gesetzliche/r Vertreter/in	
Name	_____		
Adresse (soweit bekannt)			
Straße, Haus-Nr.	_____		
Postleitzahl		Wohnort	_____
Telefonnummer	_____		
7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)			
_____			
_____			
8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse			

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters  
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten

**Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):**

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i. V. m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

Krankenkasse: KK

Name: Name NZ VSW Titel,

Versichertennr: VNr

Vorname: Vorname

Geb.Datum: geboren

Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters  
oder der/des Betreuerin/Betreuers oder der/des Vorsorgebevollmächtigten

Krankenkasse: KK

Name: Name NZ VSW Titel,

Versichertennr: VNr

Vorname: Vorname

Geb.Datum: geboren

<b>II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst/Case Management auszufüllen)</b>	
Krankenhaus	
Anschrift	
Fallnummer/Patienten-ID Pat.-ID	
1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management): Name, Vorname _____,	
Telefon-Nr.	0 51 52 / 7 81 - _____
Fax-Nr.	0 51 52 / 7 81 - 381
2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja Wenn <u>nein</u> , in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?  _____	
3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, (Name, Anschrift und Telefonnummer)  _____ _____  frühestmögliches Aufnahmedatum _____	

Krankenkasse: KK

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation		
<b>I. Allgemeine Angaben</b>		
<b>I.1. Personalien der/des Versicherten:</b>		
Name: Name NZ VSW Titel,	Geburtsdatum: geboren	Geschlecht männlich <input type="checkbox"/>
Vorname: Vorname	Versichertennummer: VNr	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<b>I.2. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung</b>		
Aufnahmedatum	Aufnahmedatum	voraussichtliches Entlassdatum
<b>I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?</b>		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		
<b>I.4. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen</b>		
<input type="checkbox"/> als Direktverlegung <input type="checkbox"/> innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am:		
<input type="checkbox"/> außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tagen, frühestens am: Medizinische Begründung _____		
<b>II. Rehabilitationsbedürftigkeit</b>		
<b>II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen <u>in der Reihenfolge ihrer Bedeutung</u></b> (Codierung konkret und endständig)		
Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM <sup>1</sup>	Ur- sache <sup>2</sup>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
<small><sup>1</sup> Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen.</small>		
<small><sup>2</sup> Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z. B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG)</small>		
<b>II.2. Durchgeführte Behandlungen</b>		
<input type="checkbox"/> Operation am _____ Welche? _____ OPS _____		
Wunde geschlossen und reizlos? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein		
<input type="checkbox"/> andere Behandlungen, und zwar _____		

**II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf**

nein  ja

Wenn ja  im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)

kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

sonstige (z. B. Pneumonie)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

ja, welche Keime? \_\_\_\_\_

nein  nicht bekannt

**II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)**

ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt -hilfe	Kontakt -hilfe	Assis-tenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Harnkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mobilität	Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Rollstuhlnutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Kommunikation	Hörverstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Sprache	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Dauerkonzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	Planen & Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Soziale Interaktion	Soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Häusliches Leben	Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
							Gesamtscore	

Krankenkasse: KK

Name: Name NZ VSW Titel,

Versichertenr: VNr

Vorname: Vorname

Geb.Datum: geboren

### III. Rehabilitationsfähigkeit

**III.1.** Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?

- nein  ja

**III.2.** Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation

- voll belastbar  teilbelastbar mit bis zu: kg  übungsstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt  ja  nein

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

**III.3.** Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D)

- intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand  absaugpflichtiges Tracheostoma  
 intermittierende Beatmung  beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)  
 beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)  
 schwere Verständigungsstörung  beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

### IV. Rehabilitationsziele/-prognose

Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

### V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung

**V.1.** Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs                                 | <input type="checkbox"/> Neurologische Erkrankungen                        |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Gefäße   | <input type="checkbox"/> Onkologische Erkrankungen                         |
| <input type="checkbox"/> Entzündlich-rheumatische Erkrankungen                                      | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen                       |
| <input type="checkbox"/> Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen<br>des Bewegungsapparates | <input type="checkbox"/> Hauterkrankungen                                  |
| <input type="checkbox"/> Gastroenterologische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen    |
| <input type="checkbox"/> Endokrine Krankheiten  | <input type="checkbox"/> Psychische Erkrankungen                           |
| <input type="checkbox"/> Krankheiten der Atmungsorgane  | <input type="checkbox"/> Suchterkrankungen                                 |
| <input type="checkbox"/> Nephrologische Erkrankungen  | <input type="checkbox"/> Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane |
| <input type="checkbox"/> Urologische Erkrankungen   | <input type="checkbox"/> Gynäkologische Erkrankungen                       |
| <input type="checkbox"/> Sonstige _____   |  |

Krankenkasse: KK

Name: Name NZ VSW Titel,

Versichertenr: VNr

V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

ambulant       ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):

\_\_\_\_\_

stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

\_\_\_\_\_

V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben

- nein       ja, weil:
- Myokardinfarkt
  - Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
  - Herzinsuffizienzen ab NYHA II
  - endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
  - spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
  - Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
  - Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
  - Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
  - Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt
  - Onkologische Krankheiten
  - Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
  - geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation geriatritypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

**VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation**

VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?

- nein       ja, und zwar wegen:
- Dialyse, welches Verfahren: \_\_\_\_\_
  - Chemotherapie       Immunsuppressiva       Katheter       PEG
  - Isolationspflicht       Beatmung       Tracheostoma       Weaning
  - OS/US-Prothese       Bettüberlänge       ausgeprägte Adipositas
  - gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung  Schwerlastbett bis zu \_\_\_\_\_ kg
  - Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger; Pflegegrad (soweit bekannt):
  - Dekubitus, Stadium \_\_\_\_\_
  - sonstiges \_\_\_\_\_

Krankenkasse: KK

Name: Name NZ VSW Titel,

Versichertenr: VNr



Vorname: \_\_\_\_\_ Vorname

Geb.Datum: \_\_\_\_\_ geboren

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig?

- öffentliches Verkehrsmittel  
 Pkw

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Taxi/Mietwagen   | <input type="checkbox"/> Rollstuhltransport  |
| <input type="checkbox"/> KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung<br>notwendig, ist wegen | <input type="checkbox"/> Tragestuhltransport |
|   | <input type="checkbox"/> Liegendtransport    |

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?  ja  nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:

\_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für Rückfragen 05152 781-\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Ansprechperson

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes Stempel

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i. V. m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V).