

Freigabe 25.11.2015

Krankenkasse bzw. Kostenträger A.L.T.		
Name, Vorname des Versicherten G., Erika 79 Jahre		
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. Aortenklappenersatz vor 9 Jahren	I35.0		
2. Klappenrevisionsoperation vor 1 Jahr	I35.0		
3. Herzinsuffizienz	I50.12		
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)
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. IISG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

Vor 1 Jahr Klappenrevisionsoperation, danach keine Reha (abgelehnt durch KK), jetzt zunehmendes

Schwächegefühl, Luftnot bei Belastungen z.B. Treppensteigen, Einkaufen; Schulter- und

Rückenschmerzen

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

Eingeschränkte Ventrikelfunktion, EF 40; NYHA II-III, Ventrikeldilatation

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Hausärztliche Betreuung; letzter stationärer Krankenhausaufenthalt vor 1 Jahr;

Ass, β -Blocker, ACE-Hemmer

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Keine, da in näherer Umgebung nicht erreichbar

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☒ nein ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten A.L.T. / G. Erika 79 Jahre	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
---	---------------------	------------------

61 Teil C

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☒	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☒	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☒	☐	☐	☐
Mobilität	☐			

Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☐	☐	☐
Stehen / Gehen	☒	☐	☐
Treppensteigen	☐	☒	☐
Sonstige	☐	☐	☐

Selbstversorgung

Essen / Trinken	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☒	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐
Sonstige	☐	☐	☐

Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☒	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☒	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☒	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☐	☒	☐

H. Kontextfaktoren

- 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Wohnt 1. Etage ohne Fahrstuhl. Familie wohnt im gleichen Haus und unterstützt die Pat.

Kontakte zur Kirchengemeinde vorhanden, können aber nur eingeschränkt genutzt werden.

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☒ Bewegungsmangel Fehlhaltung	☒ Übergewicht	☐ Untergewicht	☐ Medikamente	☒ Nikotin
☐ Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)				

Verbindliches Muster

Name, Vorname des Versicherten
A.L.T.; G. Erika

Freigabe 25.11.2015
79 Jahre

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

61 Teil D

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

☒ ja

☐ nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

Verbesserung der Ventrikelfunktion. Verbesserung der Mobilität (Gehstrecke, Treppensteigen,

Einkäufe tragen, Steigerung der Belastbarkeit für selbständige Haushaltsführung;

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten Gewichtsreduktion (aktuell BMI 30), Nikotinentwöhnung

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☒ ja

☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐

ambulant

☐

ambulant-mobil

☒

stationär

☐

Mütter-Leistung

☐

Väter-Leistung

☐

als Mutter-Kind-Leistung

☐

als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐

nein

☐

ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐

neuer Indikation

☐

Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐

ja

☒

nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

☒

ja

☐

nein

D. Reisefähigkeit

☐

öffentliche Verkehrsmittel

☒

PKW erforderlich

☐

Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen
Verordnung (Teil B-D)
ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

TTMMJJ

Dr. Altenherz

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes