

Neue Kasse

Name, Vorname des Versicherten

Neumann, Robert
72 Jahre

geb. am

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. Schlaganfall mit Hemiparese rechts
und Aphasie

I63.9

2.

3. Diabetes mellitus

E14

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

4. Art. Hypertonus

I10

5.

6.

* Seitenlokalisation

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. IfSG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

Vor 1,5 Jahren linkshemisphär. Insult, damals 9 Wochen Reha. Rollstuhlpflichtig, Transfers und ADL's mit Hilfe. Globale Aphasie. Seit ca. 3 Monaten Besserung der Mobilität durch Krankengymnastik.

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

Hemiparese rechts, aktuell mit Rückbildungstendenz; Globale Aphasie, Schulterschmerzen

Lymphödem rechter Arm.

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Hausärztliche Betreuung; neurologische Mitbehandlung, ASS, Antihypertensiva
orale Antidiabetika

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

1 x wöchentlich Massage/Lymphdrainage, KG, Ergotherapie und Logopädie

☒

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐

nein

☒

ja, welche?

Rollstuhl, seit ca. 4 Wochen Rollator

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Freigabe 25.11.2015	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
Neue Kasse Neumann, Robert, 72Jahre			

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 mit Ehefrau im EG, 3 Stufen. Hilfe durch berufstätige Tochter am Wochenende.

Pflegedienst 2 x tägl. übrige Hilfe durch Ehefrau (72 Jahre)

2. **Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

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

Verbindliches Muster

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 Mobilität, Selbstversorgungsfähigkeit und Kommunikation

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

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

T T M M J J

Dr. Noir-Ologa

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes