

Freigabe 25.11.2015

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Orthos-Kasse

Name, Vorname des Versicherten
Otto, Peter geb. am
65 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. chron. LWS-Syndrom bei Bandscheiben-Vorfall L4/L5	M54.4		
2.			
3. Coxarthrose bds.	M17.0	B	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
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)

Seit 1 Jahr zunehmende Lumbal- und Leistenschmerzen mit Schmerzausstrahlung in den rechten Oberschenkel bis zum Knie. Gehen schmerzhaft (Anlaufschmerz). Periradikuläre Infiltrationen (letzte vor 3 Monaten) ohne bleibenden Erfolg.

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

Schmerzen und sensibl. Wurzelreizsyndrom bei Discusprolaps L4/L5 rechts. Hüftbeugung + Kniebeugung re > li schmerzhaft bei Cox- und Gonarthrose. Gehstrecke < 300 Meter; Treppensteigen nur eingeschränkt möglich.

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Hausärztliche Betreuung; orthopäd. Mitbehandlung, perirad. Infiltr., NSAR

Verbindliches Muster

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

12 x KG, 6 x Traktion, 6 x physikal. Th.

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☒ ja, welche? **Handstock, 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.
Orthos-Kasse Otto, Peter 65 Jahre			

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 teilnehmen, 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 2. Etage ohne Fahrstuhl. Witwer. Seit 6 Jahren Rentner. Schwiegertochter + Enkel kümmern sich.

Ärztzentrum kann nur mit Aufwand erreicht werden, da Auto abgeschafft wurde und

öffentl. Verkehrsmittel nur stündlich fahren.

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 (Gehstrecke, Treppensteigen) Erhalt und Steigerung der Belastbarkeit für selbständige Haushaltsführung;

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

TTMMJJ

Dr. Knieriem

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes