

## **Antrag des Versicherten auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation**

Hiermit beantrage ich Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Als Leistungen können ambulante oder stationäre Maßnahmen zur medizinischen Rehabilitation in Betracht kommen. Es gilt das Prinzip „ambulant geht vor stationär“.).

### **1. Personalien des Versicherten**

Name		Vorname	
Geburtsdatum	Telefon *	KV-Nr. (soweit bekannt)	
Straße und Hausnummer		Postleitzahl	Wohnort
Hausarzt (Name/Anschrift/Telefon *)			

### **2. Ist die Erkrankung auf fremde Einwirkung zurückzuführen?**

- nein     ja, und zwar als Folge     einer Kriegs-/Wehrdienstbeschädigung  
 einer Berufskrankheit/eines Arbeitsunfalls  
 einer Körperverletzung durch Dritte

### **3. Beziehen Sie eine Rente aus der gesetzlichen Rentenversicherung?**

- nein     ja, Rentenart: \_\_\_\_\_

### **4. Ist eine Rente beantragt?**

- nein     ja, Rentenart: \_\_\_\_\_
- aus der gesetzlichen Rentenversicherung  
 vom Versorgungsamt  
 aus der gesetzlichen Unfallversicherung (z. B. Berufsgenossenschaft)

Name und Anschrift des Leistungsträgers: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ bitte wenden

## 5. Beziehen Sie Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung?

- nein       ja,     wurden beantragt  
                   sollen beantragt werden  
                   Pflegestufe. Welche? ..... Seit wann? .....

## 6. Angaben zur sozialen Situation

- Ich lebe       zuhause     allein  
                   mit Angehörigen  
                   mit sonstigen Personen

- in einer Pflegeeinrichtung  
 in einem Altenheim/Altenwohnheim

In welcher Etage wohnen Sie?       Erdgeschoss       Etage .....

Gibt es einen Aufzug?               nein               ja

Ist die häusliche Versorgung nach Krankenhausentlassung sichergestellt?     nein  ja

Ist für Sie ein Betreuer bestellt?               nein       ja

Wenn ja, für welchen Bereich:               Personensorge  
   Vermögenssorge

Name und Anschrift des Betreuers bzw. des nächsten Angehörigen

---

---

### Einverständniserklärung:

Ich entbinde den mich behandelnden Krankenhausarzt und meinen oben genannten Hausarzt von der ärztlichen Schweigepflicht und gestatte der AOK, alle für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme erforderlichen Angaben, wie z. B. ärztliche Untersuchungsbefunde zu erheben und zu verwenden. Soweit sich aus den Unterlagen Erkenntnisse ergeben, dass weitere Ärzte oder Stellen über Angaben verfügen, die für die Beurteilung der Rehabilitationsmaßnahme relevant sind, dürfen sie von der AOK angefordert und verwendet werden. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den Medizinischen Dienst der Krankenkassen oder die Übermittlung der von diesem erstellten Gutachten an die AOK.

### Datenschutzhinweis:

Ihre Mitwirkung ist zur Beurteilung des Antrages auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß § 66 Sozialgesetzbuch I verpflichtet sind. Andernfalls kann Ihnen die Rehabilitationsleistung versagt werden. Angaben, die mit „\*“ gekennzeichnet sind, sind freiwillig.

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

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Versicherten/Betreuers

**Anlage zum Antrag auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation  
-Ärztlicher Befundbericht-**

- Empfehlung:**
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> ambulante Anschlussrehabilitation      | <input type="checkbox"/> ambulante neurologische Anschlussrehabilitation  |
| <input type="checkbox"/> stationäre Anschlussrehabilitation     | <input type="checkbox"/> stationäre neurologische Anschlussrehabilitation |
| <input type="checkbox"/> ambulante geriatrische Rehabilitation  | <input type="checkbox"/> neurologische Frührehabilitation Phase C         |
| <input type="checkbox"/> stationäre geriatrische Rehabilitation |   |

**1. Personalien des Versicherten**

Name	Vorname	Geburtsdatum
------	---------	--------------

**Notwendige Angaben des Krankenhauses:**

**Hinweis :** Krankenhausbehandlung einschließlich Frühmobilisation bzw. Wundheilungsstörungen müssen vor Beginn einer Rehabilitationsmaßnahme abgeschlossen sein!

**Aufnahme im Krankenhaus erfolgte am:** \_\_\_\_\_

Verlegung aus anderem Krankenhaus?  ja  nein

Voraussichtliche Entlassung erfolgt am: \_\_\_\_\_

Direktverlegung:  ja  nein

Wenn nein, bis wann sollte die Aufnahme in der Rehabilitationsklinik von zu Hause aus voraussichtlich erfolgen? \_\_\_\_\_ (Aufnahme-Ab-Datum)

Erfolgte bereits eine frührehabilitativ/geriatrische Komplexbehandlung im Krankenhaus?  ja  nein

**Wenn ja, dann legen Sie bitte den Behandlungsplan bei.**

Station im Krankenhaus/Tel.-Nr.: \_\_\_\_\_

**2. Antragsrelevante Diagnosen**

(Angabe des Schweregrades, ggf. nach Einteilungen wie NYHA-Stadium I-IV bei Herzinsuffizienz, TNM/Tumorstadium bei Neoplasie etc.)

**Antragsrelevante Hauptdiagnose:** \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_



Bitte **ausschließlich ICD-10** als Schlüssel der Hauptdiagnose verwenden

Weitere antragsrelevante Diagnosen mit ständiger Behandlungsbedürftigkeit (in absteigender Bedeutung)

1 \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_

3 \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_

4 \_\_\_\_\_ seit wann (M/J) \_\_\_\_\_

→ bitte wenden

**Hieraus resultieren folgende Funktionseinschränkungen:**

(Objektive Befunde, z. B. das Ausmaß der Bewegungseinschränkung bei Gelenken nach der Neutral-Null-Methode, z. B. Belastbarkeit bei Frakturen)

---



---



---

**Bereits im aktuellen Krankenhausaufenthalt durchgeführte Therapien:**

- Operation am \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_
- andere Therapien Welche? \_\_\_\_\_

Komplikationen im (aktuellen) Behandlungsverlauf: (z. B. Dekubitus/Wundheilungsstörungen):

---



---

**3. Allgemeine Probleme**

Bestand beim Patienten bereits eine erhebliche Einschränkung bei Mobilität und Selbsthilfefähigkeit vor diesem Krankenhausaufenthalt?  nein  ja

Handelte es sich bereits vor dem Krankenhausaufenthalt um einen multimorbiden Patienten?  nein  ja

Ist der Patient in den letzten drei Monaten gestürzt?  nein  ja

Nahm der Patient bisher regelmäßig mehr als fünf verschiedene Medikamente ein?  nein  ja

Ist die häusliche Versorgung gesichert?  nein  ja

**4. Aktueller Fähigkeits- bzw. Fertigungsstatus und besondere Versorgungsungen**

Bitte beim Barthel-Index (siehe Erläuterungen zum Ausfüllen) ein Kreuz in das zutreffende Feld machen!

Barthel-Index	15 P.	10 P.	5 P.	0 P.	Erweiterte Aktivitäten des täglichen Lebens vor dem Krankenhausaufenthalt	Ja	Nein
Essen/Trinken	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Selbst. Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel		
Bett/Rollstuhl-Transfer	Selbst.	Geringe Unterst.	erhebl. Unterst.	hilfebedürftig	Selbst. Erledigen von Geschäftsangelegenheiten (Bank, Post, Behörden etc.)		
Waschen	/	/	Selbst.	hilfebedürftig	Selbstständiges Telefonieren		
Toilettenbenutzung	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Sich regelmäßig eine warme Mahlzeit zubereiten können		
Baden	/	/	Selbst.	hilfebedürftig	500 m auf ebener Fläche ohne Pause gehen (eventuell mit Hilfsmittel)		
Gehen bzw. Rollstuhlfahren	Selbst. 50m	m. Hilfe 50m	Selbst. m. Rollstuhl	hilfebedürftig			
Treppensteigen	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	<b>Besonderheiten</b>	Ja	Nein
An/Auskleiden	/	Selbst.	mit Unterstützung	hilfebedürftig	Tracheostoma		
					PEG		
Darmkontrolle	/	Kontinent	gelegentl. inkont.	perman. inkontinent	Blasenkateter		
					Künstlicher Darmausgang		
Blasenkontrolle	/	Kontinent	Gelegentl. inkont.	perman. inkontinent	intermittierende Beatmung		
					schwere Orientierungsstörung		
<b>Summe der Spalten</b>					schwere Verständigungsstörung		
					schwere Verhaltensstörung		
<b>Gesamtpunktzahl Barthel-Index:</b>							

### 5. Besonderheiten:

<input type="checkbox"/> Infektion oder Besiedlung durch multiresistente Keime, z. B. MRSA/ESBL/u. a. Laborbefunde beifügen!	
<input type="checkbox"/> Infusion/Antibiotika	
<input type="checkbox"/> Körperersatzstücke?	<input type="checkbox"/> vorhanden <input type="checkbox"/> geplant
<input type="checkbox"/> Prothesen? _____	
<input type="checkbox"/> andere Hilfsmittel, z. B. <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> _____	
<input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> Aphasie	
<input type="checkbox"/> Dialyse: am (Bitte Wochentag ankreuzen!)	<u>MO</u> <u>DI</u> <u>MI</u> <u>DO</u> <u>FR</u> <u>SA</u> <u>SO</u>
<input type="checkbox"/> Form der Dialyse _____	

### 6. Weitere für die Durchführung der Rehabilitation relevante und erhebliche Störungen, soweit nicht schon unter Punkt 4 und 5 erfasst: Welche?

- kognitive Störungen \_\_\_\_\_
- psychische Störungen \_\_\_\_\_
- Schmerzen \_\_\_\_\_
- sonstige erhebliche Störungen \_\_\_\_\_

### 7. Rehaziele

Unter Berücksichtigung von Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit sollen die folgenden konkreten Rehabilitationsziele erreicht werden: (ggf. weitere Ergänzung auf Zusatzblatt)

- a) somatischer Bereich: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- b) funktionaler Bereich: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- c) gegebenenfalls psychosozialer/edukativer Bereich: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### 8. Rehaprognose

In Bezug auf die oben genannten Ziele wird das Rehapotential wie folgt eingeschätzt:

- sehr gering     gering     mittel     hoch     sehr hoch

### 9. Können Rehabilitationsleistungen ambulant durchgeführt werden?

- nein                       ja

Wenn nein, aus welchem Grund ist dies nicht möglich?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

→ bitte wenden

## 10. Transportmittel

- Öffentliche Verkehrsmittel     Begleitperson erforderlich
- Taxi, Fahrdienst
- PKW
- Krankentransportwagen     fachliche Betreuung durch Rettungssanitäter erforderlich
- sitzend
  - sitzend im Rollstuhl
  - liegend
  - Tragestuhl

## 11. Medikation (bitte Namen der Präparate und Dosierung angeben)

---

---

- eine Aufstellung der Medikation ist beigelegt

## 12. Allgemeine Bemerkungen (z. B. spezielle Anforderungen an die Reha-Einrichtung):

---

---

---

---

Stempel des Krankenhauses

---

Datum und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

## Erläuterungen zum Ausfüllen von Punkt 4:

### **Barthel-Index:**

Er enthält 10, in 5-, 10- oder 15 Punkt-Schritten unterschiedlich gewichtete Items mit einer maximalen Punktzahl von 100. Er ist hinsichtlich seiner Reliabilität und Unterschiedssensitivität gut untersucht und gilt als „Goldstandard“ einer Bewertung grundlegender Alltagsaktivitäten. In den oberen Bereichen, nahe der maximalen Punktzahl von 100, die zwar eine Unabhängigkeit in funktionellen Basisfunktionen ausdrücken, kann durchaus Unterstützungsbedarf, z. B. beim Essen-Kochen oder bei sozialen Aktivitäten bestehen. Der Barthel-Index gibt an, was ein Patient tatsächlich „tut“, nicht was er „kann“. Kognitive und kommunikative Aspekte fehlen. Fehlende Aktivitäten, die allerdings durch Außenanregung stimulierbar wären oder zu denen sich der Patient durch bloße Anwesenheit einer Betreuungsperson – aus Sicherheitsgründen – in der Lage fühlen würde, werden ebenso wie Geschwindigkeitsaspekte nicht erfasst.

<b>Aktivität</b>	<b>Bewertungsstufen</b>	<b>Punktzahl</b>
Essen	• Unabhängig, isst selbstständig, benutzt Geschirr und Besteck	10
	• Braucht etwas Hilfe, z. B. Fleisch oder Brot schneiden	5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Bett-/(Roll-) Stuhltransfer	• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit	15
	• Geringe Hilfe oder Beaufsichtigung notwendig	10
	• Erhebliche Hilfe beim Transfer, Lagewechsel Liegen/Sitzen selbstständig	5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Waschen	• Unabhängig beim Waschen von Gesicht und Händen, Kämmen, Zähneputzen	5
	• Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeiten	0
Toilettenbenutzung	• Unabhängig in allen Phasen der Tätigkeit (inkl. Reinigung)	10
	• Benötigt Hilfe z. B. wegen unzureichenden Gleichgewichts, oder bei der Kleidung/Reinigung	5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Baden	• Unabhängig bei Voll- oder Duschbad in allen Phasen der Tätigkeit	5
	• Nicht selbstständig bei o. g. Tätigkeit	0
Gehen auf Flurebene bzw. Rollstuhlfahren	• Unabhängig beim Gehen über 50 m, Hilfsmittel erlaubt, nicht Gehwagen	15
	• Geringe Hilfe oder Überwachung erforderlich, kann mit Hilfsmittel 50 m weit gehen	10
	• Nicht selbstständig beim Gehen, kann aber Rollstuhl selbstständig bedienen, auch um Ecken und an einen Tisch heranfahren, Strecke mindestens 50 m	5
	• Nicht selbstständig beim Gehen oder Rollstuhlfahren	0
Treppensteigen	• Unabhängig bei der Bewältigung einer Treppe (mehrere Stufen)	10
	• Benötigt Hilfe oder Überwachung beim Treppensteigen	5
	• Nicht selbstständig, kann auch mit Hilfe nicht eine Treppe steigen	0
An- und Auskleiden	• Unabhängig beim An- und Auskleiden (ggf. auch Korsett oder Bruchband)	10
	• Benötigt Hilfe, kann aber 50 % der Tätigkeit selbstständig durchführen	5
	• Nicht selbstständig, auch wenn o. g. Hilfe gewährt wird	0
Stuhlkontrolle	• Ständig kontinent	10
	• Eigentlich kontinent, maximal einmal/Woche inkontinent	5
	• Häufiger/ständig inkontinent	0
Urinkontrolle	• Ständig kontinent, ggf. unabhängig bei Versorgung eines DK/Cystofix	10
	• Gelegentlich inkontinent, maximal einmal/Tag, Hilfe bei ext. Harnableitung	5
	• Häufiger/ständig inkontinent	0