

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

Name	Geburtsdatum	Geschlecht
Vorname	Versichertennummer	männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>

I.2. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschl. Frühmobilisation und Wundbehandlung

Aufnahmedatum 02.11.2005 voraussichtliches Entlassungsdatum _____

I.3. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

nein ja

I.4. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen

als Direktverlegung innerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tage, frühestens am: _____
 außerhalb der gesetzlichen Frist von 14 Tage, frühestens am: 26.12.2024

Medizinische Begründung:

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

(Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM ¹	Ursache ²
0		5
0		
0	RTHFGHFG	5

¹ Die hier angegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

² 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. IfSG)

II.2. Durchgeführte Behandlungen

Operation am _____ Welche?

OPS _____

Wunde geschlossen und reizlos? ja nein

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, Dekubitus)

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-stenz	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 checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	An- und Ausziehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	Persönliche Hygiene	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	Waschen, Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	Stuhlkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	Harnkontrolle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2
	Toilettengang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Mobilität	Transfer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	Rollstuhlnutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
Kommunikation	Hörverständen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	Sprechen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
	Schreiben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	5
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/Gedächtnis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
	Dauerkonzentration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4
	Planen & Probleme lösen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
soziale Interaktion	Soziales Verhalten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3
häusliches Leben	Haushaltsführung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
								Gesamtscore 65

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG
Name:
Vorname:

Versichertennr.:
Geb.Datum:

/ 5

III. Rehabilitationsfähigkeit

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

nein ja

III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat

voll belastbar teilbelastbar mit bis zu: 15 kg übungsstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt ja nein

Besonderheiten:
guigkjbjkhjiguifg

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)

- trifft nicht zu
 intensivmedizinisch überwachungspflichtigen Zustand absaugpflichtiges Tracheostoma
 intermittierende Beatmung beaufsichtigtpflichtiges Orientierungsstörung (Verwirrtheit)
 beaufsichtigtpflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)
 schwere Verständigungsstörung beaufsichtigtpflichtige Schluckstörung

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

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

okflömxcmvlödjgkeoürjerodfkäösd,v.-xmv.-xc,mvlödgujperofjääömv-x.mcv..xmcv löjngopwfjposjfölxmv.lxmcvnsdpfhwepfjwüodjkäscmylödcvnksdhfiowezhrpqwsd
jöslclöxdnvkldfhguowegeoqisjscjnslkvjsdgv Test
Längeokflömxcmvlödjgkeoürjerodfkäösd,v.-xmv.-xc,mvlödgujperofjääömv-x.mcv..xmcv löjngopwfjposjfölxmv.lxmcvnsdpfhwepfjwüodjkäscmylödcvnksdhfiowezhrpqwsd

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 behandelnde Erkrankungen 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"/> Geriatrie |
| <input type="checkbox"/> Sonstige | |

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

/ 5

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 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 am 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 geriatriotypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

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
- Dekubitus, Stadium: _____
- sonstiges

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

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

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ja nein

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

Name, Vorname

Telefon-Nr. für Rückfragen:

Datum 04.09.2025

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) benötigt.

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG
Name:
Vorname:

Versichertennr.:
Geb.Datum:

1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)		
Essen		
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG ¹ -Beschickung/-Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5	<input checked="" type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG ² -Ernährung	0	<input type="checkbox"/>
Aufsetzen und Umsetzen		
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15	<input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10	<input checked="" type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5	<input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0	<input type="checkbox"/>
Sich waschen		
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zahneputzen, Rasieren und Frisieren	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input checked="" type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung		
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettentstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10	<input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettentstuhlbenuzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5	<input checked="" type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettentstuhl	0	<input type="checkbox"/>
Baden/Duschen		
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input checked="" type="checkbox"/>
Aufstehen und Gehen		
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15	<input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10	<input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ:</u> im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5	<input checked="" type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen		
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10	<input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5	<input checked="" type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
An- und Auskleiden		
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10	<input checked="" type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5	<input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0	<input type="checkbox"/>
Stuhlkontinenz		
• ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10	<input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung	5	<input checked="" type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0	<input type="checkbox"/>
Harninkontinenz		
• ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10	<input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegender Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkatherstersystems	5	<input checked="" type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0	<input type="checkbox"/>

¹ percutane endoskopische Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/percutane endoskopische Gastrostomie

Summe 50

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)	nein	ja	Punkte
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input checked="" type="checkbox"/>	-50
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input checked="" type="checkbox"/>	-50
Intermittierende Beatmung	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input checked="" type="checkbox"/>	-50
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input checked="" type="checkbox"/>	-50
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input checked="" type="checkbox"/>	-50
Schwere Verständigungsstörung	0 <input type="checkbox"/>	-25 <input checked="" type="checkbox"/>	-25
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 <input type="checkbox"/>	-50 <input checked="" type="checkbox"/>	-50
Summe Frühreha-Index			-325
Summe Frühreha-Barthel-Index			-275

Rehaphase B

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG
Name:
Vorname:

Versichertennr.:
Geb.Datum: