

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

Name [REDACTED]	Geburtsdatum [REDACTED]	Geschlecht männlich <input checked="" type="checkbox"/> weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
Vorname [REDACTED]	Versichertennummer 26012150	

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	Ur- sache 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 ☒ jaWenn 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	Hörverstehen	<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.: 26012150

Geb.Datum:

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 ☐ übungstabil

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 ☒ absasugpflichtiges Tracheostoma

☒ intermittierende Beatmung ☒ beaufsichtigungspflichtiges Orientierungsstörung (Verwirrtheit)

☒ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)

☒ schwere Verständigungsstörung ☒ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung

IV. Rehabilitationsziele/-prognose

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

okflömx, mvlödjk eoürjerodfkäösd, v.-xmv.-xc, mvlödgujperofjäömv-
x.mcv, .xmcv löjngopwfjposj fölxmv.lxmcvnsdpfhwepfjwüodjkäscmylöd cvnksdhfiowe zhrpqwsd
jöslclöxdnkvldfhuowegeoqisj scjndslkvjsdgf Test
Längeokflömx, mvlödjk eoürjerodfkäösd, v.-xmv.-xc, mvlödgujperofjäömv-
x.mcv, .xmcv löjngopwfjposj fölxmv.lxmcvnsdpfhwepfjwüodjkäscmylöd cvnksdhfiowe zhrpqwsd

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.: 26012150

Geb.Datum:

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 geriatritypischen 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 _____

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG

Name: _____

Vorname: _____

Versichertennr.: 26012150

Geb.Datum: _____

/5

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

- ☐ öffentliche Verkehrsmittel
- ☐ Pkw
- ☐ Taxi/Mietwagen
- ☒ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig ist, wegen
- ☐ Rollstuhltransport
- ☐ Tragestuhltransport
- ☐ Liegendtransport

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.: 26012150

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. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input checked="" type="checkbox"/>

Toilettenbenutzung

• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5 <input checked="" type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	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 stuhlinkontinent, 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 überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input checked="" type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

¹ perkutane endoskopische Gastrostomie² Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe 50

Krankenkasse: DKV-Deutsche Krankenversicherung AG

Name:

Vorname:

Versichertennr.: 26012150

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: [REDACTED]
Vorname: [REDACTED]

Versichertennr.: 26012150
Geb.Datum: [REDACTED]