

Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

I. Allgemeine Angaben

I.1. Personalien der/des Versicherten:

| | | |
|---------|--------------------|--|
| Name | Geburtsdatum | Geschlecht |
| | | männlich <input checked="" type="checkbox"/> |
| Vorname | Versichertennummer | 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 | 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 ☒ 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 | 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:

 Version 2.0
 Stand: 01.10.2024

Versichertenr.:

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, mvlödjgkeoürjerodfkäösd, v.-xmv.-xc, mvlödgujperofjäömv-
x.mcv, .xmcvölöjngopwfjposjfölxmv.lxmcvnsdpfhwepfjwüodjkäscmylödcvnksdhfiowezhrrpqwsd
jöslclöxdnkvldfhguowegeoqisjcsjndslkvjsdggf Test
Längeokflömx, mvlödjgkeoürjerodfkäösd, v.-xmv.-xc, mvlödgujperofjäömv-
x.mcv, .xmcvölöjngopwfjposjfölxmv.lxmcvnsdpfhwepfjwüodjkäscmylödcvnksdhfiowezhrrpqwsd

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:

Versichertenr.:

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:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

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.:
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"/> |
| Stuhlinkontinenz | |
| • 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 Gastrostomie

² Ernährung durch Magensonde/perkutane 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: