

Antrag / Befundbericht für Anschlussrehabilitation

Bitte beachten: Verfahrensablauf für Versicherte der einzelnen Krankenkassen bei den Indikationsgruppen 1 – 8 und 11 (bei Indikationsgruppe 9 bitte Direktanmeldung in den am Verfahren beteiligten Kliniken, bei Indikationsgruppe 10 gilt das BfA-Verfahren)



Anschreibenfeld

BARMER- HEK- Hamburg Münchener-
Versichertennummer:

<p>Barmer:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antrag/Befundbericht bitte an die für den/die Versicherte/n zuständige Regionalgeschäftsstelle senden/faxen. Sofern nicht bekannt, erhalten Sie diese Info von jeder anderen Geschäftsstelle der BARMER. BARMER wählt Rehabilitationsklinik aus. Rehabilitationsklinik stimmt mit Ihnen die Aufnahme/Verlegung ab.
<p>Hamburg-Münchner (HMK):</p> <ul style="list-style-type: none"> Antrag/Befundbericht bitte an das für den/die Versicherte/n zuständige Regionalzentrum der HMK senden/faxen Sofern nicht bekannt, erhalten Sie diese Info unter Tel. 01802 / 001234 (6 Cent je Anruf) HMK wählt Rehabilitationsklinik aus. Rehabilitationsklinik informiert Sie über Aufnahme-/Verlegungstermin. Versicherte/r erhält Leistungs zugesagt von HMK
<p>HEK:</p> <ul style="list-style-type: none"> Antrag/Befundbericht bitte an das Rehabilitationszentrum faxen Fax 040 / 65696-1327 HEK wählt Rehabilitationsklinik aus Rehabilitationsklinik informiert Sie über Aufnahme-/Verlegungstermin

Wir bitten Sie, die nachstehenden Fragen auf der Grundlage des § 100 Abs. 1 SGB X i.V. mit § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V vollständig zu beantworten.

Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)		Geburtsdatum
Anschrift		Staatsangehörigkeit
Aufnahmetag im Krankenhaus	Voraussichtlicher Krankenhausausschreibungstag	Vorgesehene Verlegung in die Reha-Klinik am:
Zuletzt ausgeübte Tätigkeit	Lebt der Patient alleine? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, mit <input type="checkbox"/> im Senioren-/Pflegeheim	Liegt Pflegebedürftigkeit nach SGB XI vor? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> beantragt
Anspruchsberechtigt bei BARMER / HEK / HMK (Name und Anschrift der zuständigen Dienststelle)		<input type="checkbox"/> ja, Stufe

Falls der Patient nicht selbst Mitglied der BARMER / HEK / Hamburg Münchener ist, bitte die Personalien des Mitglieds eintragen!

Mitglied (Name, Vorname)	Geburtsdatum
--------------------------	--------------

Anschrift des einweisenden Krankenhauses und Ansprechpartner

Anschrift	
Name, Vorname	Telefon

ANSCHLUSSREHABILITATION

Zustimmungserklärung des Patienten / Angehörigen / Betreuers

Ich stimme zu, dass für mich im Anschluss an den jetzigen Krankenhausaufenthalt medizinische Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt werden.

Ort und Datum

Unterschrift

Ich nehme zur Kenntnis, dass

- die Daten, die im Zusammenhang mit einer Begutachtung wegen der Erbringung von Sozialleistungen bekannt geworden sind, für eigene gesetzliche soziale Aufgaben (z.B. einem anderen Gutachter) oder an andere Sozialleistungsträger (z.B. Krankenkassen, Arbeitsamt, Versorgungsamt, Berufsgenossenschaft) auch für deren gesetzliche Aufgaben offenbart werden dürfen (§ 69 Abs. 1 SGB X in Verbindung mit § 76 Abs. 2 Nr. 1 SGB X),
- ich dem jedoch widersprechen kann,
- bei einem Widerspruch aber die Leistung ganz oder teilweise versagt oder entzogen werden kann, nachdem ich auf diese Folge schriftlich hingewiesen worden bin und eine mir gesetzte Frist verstrichen ist (§ 66 SGB I).

Krankheitsbeginn und -verlauf (ggf. Art und Datum der Operation sowie Angabe von Komplikationen):

OP-Schlüssel:

Welche Therapien mit rehabilitativer Zielsetzung wurden bereits im Krankenhaus durchgeführt?

- Krankengymnastik Logopädie Ergotherapie physikalische Therapien
 Sonstige ...

Antragsrelevante Hauptdiagnose:

ICD 10

Bei notwendiger neurologischer Rehabilitation, bitte den ausgefüllten Barthel-Index beifügen.

Zusätzliche behandlungsbedürftige und/oder rehabilitationsbegründende Erkrankungen/Behinderungen mit Angabe von Funktionseinschränkungen, Fähigkeitsstörungen und Beeinträchtigungen:

Folgende Rehabilitationsziele sollen erreicht werden:

Wie schätzen Sie die Prognose für die Erreichung dieses Zieles ein?

Ist das Rehabilitationsziel auch ambulant zu erreichen? ja nein
Falls nein, warum nicht?

Wesentliche klinische und medizinisch-technische Befunde. Bitte Operationsbericht in Kopie beifügen und wesentliche Röntgenaufnahmen bei Entlassung des Patienten der Reha-Klinik leihweise zur Verfügung stellen.

Kann der Patient

- ohne Hilfe essen? nein ja
– sich ohne fremde Hilfe waschen und anziehen? nein ja
– sich auf Stationsebene bewegen? nein ja

Orientierungsfähigkeit des Patienten

- voll orientiert nein ja
– teil-/zeitweise nein ja
– nicht orientiert nein ja
– Besteht Weglauftendenz nein ja
– teil-/zeitweise nein ja

Besteht Harninkontinenz? nein ja

Besteht Stuhlinkontinenz? nein ja

Besteht ein Dekubitus nein ja

Besondere Bemerkungen

Liegt ein Blasenkatheter ? nein ja

PEG nein ja

Welches Transportmittel ist zur Anreise in die Reha-Klinik erforderlich:

öffentliche Verkehrsmittel PKW Taxi

Krankenwagen / Liegendtransport, weil

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? nein ja

Ansprechpartner im Krankenhaus (bitte unbedingt angeben!):

(Arzt/Ärztin) Tel:
(Sozialarbeiter/in) Tel:

Stempel des Krankenhauses und Unterschrift des Stations-Arztes

Beurteilung des MDK:

Datum und Unterschrift: