



Antwort

Techniker Krankenkasse
64299 Darmstadt

**Techniker
Krankenkasse**

**Servicezentrum
Vorsorge/Rehabilitation**

Für Rückfragen:
Tel. 061 51 - 13 79-500
Fax 061 51 - 13 79-511

Antrag vom _____ auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation

Nachname, Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum/ Versicherten-Nr. _____

Angaben des Arztes

- ambulante Anschlussrehabilitation
- stationäre Anschlussrehabilitation
- neurologische Frührehabilitation Phase C (**Bitte Barthel-Index beifügen**)
- geriatrische Rehabilitation (**Bitte Barthel-Index beifügen**)

I. Verlegungshinweise

A. Krankenhausbehandlung einschließlich Frühmobilisation ist voraussichtlich abgeschlossen bzw. der Wundheilungsverlauf lässt den Beginn einer Rehabilitation gegebenenfalls zu

am _____

B. Die Reha-Maßnahme soll durch eine

Direktverlegung oder am _____ beginnen.

II. Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsrelevante Diagnosen bezogen auf alle Organsysteme in der Reihenfolge ihrer Bedeutung und rehabilitationsrelevante Schädigungen (Struktur-/Funktionsschädigungen nach ICF)

Diagnosen	nach ICD 10	Seit wann?
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Hieraus resultieren folgende Beeinträchtigungen der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) und der Teilhabe nach ICF (Bitte Zutreffendes ankreuzen.)

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt, mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (z. B. Wechsel Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppen- steigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhaltung der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige _____

III. Bisherige Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

Operationen am

andere Therapien am

IV. Rehabilitationsfähigkeit

Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ja nein

Patient verfügt über die erforderliche Mobilität ja nein

Patient verfügt über eine ausreichende Motivation ja nein

Patient ist motivierbar ja nein

V. Rehabilitationsziele

A. Unter Berücksichtigung von Rehabilitationsprognose und Rehabilitationsfähigkeit sollen die folgenden konkreten und realistischen Rehabilitationsziele erreicht werden

B. somatischer Bereich

C. funktionaler Bereich

D. gegebenenfalls psychosozialer/edukativer Bereich

VI. Können Rehabilitationsmaßnahmen ambulant durchgeführt werden?

- ambulante Rehabilitation empfohlen
 stationäre Rehabilitation empfohlen, weil

VII. Transportmittel

- öffentliche Verkehrsmittel
 PKW
 Taxi
 Krankentransportwagen
 Rettungswagen
 Begleitperson ist erforderlich, weil

VIII. Allgemeine Anmerkungen

Ort

Datum

Arztstempel, Telefon, Fax und Unterschrift



Angaben des Versicherten

I. Personalien der Patientin/des Patienten

Nachname, Vorname des Versicherten _____

Geburtsdatum/ Versicherten-Nr. _____

Geschlecht männlich weiblich

Straße _____

Postleitzahl und Wohnort _____

Privat telefonisch zu erreichen _____

II. Soziale Einbindung

A. Leben Sie

- zu Hause allein selbstständig zu Hause allein mit Unterstützung zu Hause mit pflegefähigen Angehörigen
 zu Hause mit pflegebedürftigen Angehörigen Alten-/Wohnheim Pflegeheim

B. Ist die häusliche Versorgung sichergestellt?

- ja nein

C. In welcher Etage befindet sich die Wohnung?

D. Ist ein Fahrstuhl vorhanden?

- ja nein

III. Derzeit verwendete Hilfsmittel

- Rollstuhl Gehwagen Prothese Gehstock Unterarm-Stützen Gehgestell sonstige

IV. Einverständniserklärung

- Ich bin damit einverstanden, dass der Sozialleistungsträger/der Medizinische Dienst der Krankenversicherung von den Ärzten und Einrichtungen, die aus den überlassenen Unterlagen ersichtlich sind, alle ärztlichen und psychologischen Untersuchungsunterlagen anfordert, die er für die Entscheidung über meinen Antrag benötigt. Das schließt die Unterlagen ein, die diese Ärzte und Einrichtungen von anderen Ärzten und Einrichtungen erhalten haben. Diese Erklärung ist freiwillig und kann jederzeit widerrufen werden.

Ihre persönlichen Daten (Sozialdaten) benötigen wir, um unsere Aufgaben für Sie richtig zu erledigen. Die Grundlage dafür ist § 284 Sozialgesetzbuch V (SGB V) in Verbindung mit § 60 SGB I. Wir informieren Sie gern, wie wir Ihre Daten schützen.

Angaben des Sozialdienstes

I. Daten des Sozialdienstes

Krankenhaus _____

Ansprechpartner _____

Straße _____

Postleitzahl und Ort _____

Telefon _____

Fax _____

E-Mail _____

II. Daten zur Einrichtung

Folgende Einrichtung ist vorgesehen und wurde von uns benachrichtigt

Seite 5/5

Versicherter _____

Geburtsdatum/Versicherten-Nr. _____



Frühreha-Barthel-Index (FRB)

Bitte Zutreffendes ankreuzen und Gesamtpunktzahl berechnen. (Wird berechnet beim Ausfüllen am Bildschirm)

I. FR-Index

	Nein	Ja	Punkte
intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand (z. B. veg. Krisen)	0	-50	
absaugpflichtiges Tracheostoma	0	-50	
intermittierende Beatmung	0	-50	
beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0	-50	
beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0	-50	
schwere Verständigungsstörung	0	-25	
beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0	-50	
Summe FR-Index			

II. Barthel-Index

1. Essen und Trinken		
kann selbstständig eine feste Mahlzeit in üblicher Zeit zu sich nehmen; sollte in der Lage sein, erforderliche Hilfsmittel einzusetzen, Fleisch zu schneiden, Butter aufzustreichen etc.	10	
Hilfe ist erforderlich (s. oben), Pat. isst selbst	5	
unmöglich	0	
2. Mobilität		
a) Gehen in der Ebene		
kann mindestens 50 Meter gehen; Hilfsmittel wie Prothesen, Gehstützen können eingesetzt werden, jedoch kein Rollator; Gebrauch der Hilfsmittel selbstständig	15	
auf Hilfe oder Aufsicht angewiesen, mindestens 50 Meter mit geringer Unterstützung	10	
b) Rollstuhlfahren		
selbstständiger Gebrauch des Rollstuhls; sollte um Ecken, an Tisch, Bett oder Toilette fahren und auf der Stelle drehen können; Mindeststrecke 50 Meter	5	
immobil, auf Hilfe angewiesen	0	
3. Treppensteigen		
bewältigt ein Stockwerk ohne Hilfe, Gebrauch von Geländer, Gehhilfe möglich	10	
benötigt Hilfe oder Aufsicht	5	
nicht möglich	0	



Übertrag Vorseite Barthel-Index		
4. Transfer		
a) benötigt keinen Rollstuhl	15	
b) Transfer Rollstuhl - Bett und zurück		
selbstständig in allen Bereichen, fährt sicher an das Bett, betätigt Bremsen, hebt die Fußstützen, wechselt in das Bett, legt sich nieder, kann allein aufrecht auf der Bettkante sitzen, die Position des Rollstuhls korrigieren; analog zurück	15	
geringe Hilfe ohne Aufsicht durch eine Person für einen oder mehrere Teilschritte erforderlich	10	
kann an der Bettkante sitzen, muss aber von ein oder zwei Personen aus dem Bett gehoben werden bzw. benötigt deutliche Hilfestellung	5	
unmöglich, keine Sitzbalance	0	
5. An-/Ausziehen		
selbstständig beim Auswählen der Kleidung, An- und Ausziehen einschließlich Verschlüsse und Schnürsenkel; Hilfsmittel werden selbstständig angelegt	10	
benötigt Hilfe (z. B. bei Knöpfen, Reißverschluss); mindestens die Hälfte des Aufwandes vom Patienten selbst geleistet in vernünftigem Zeitrahmen	5	
abhängig	0	
6. Persönliche Hygiene		
kann sich Hände und Gesicht waschen, kämmen, Zähne putzen, rasieren, Make-up gebrauchen; Toilettenartikel können bereitgestellt werden	5	
nicht möglich bzw. mit Unterstützung	0	
7. Waschen		
kann Voll- oder Duschbad nehmen; alle Handlungsschritte selbstständig	5	
nicht selbstständig möglich	0	
8. Toilettenbenutzung		
selbstständig einschließlich An-/Ausziehen, Kleidung reinhalten, Anus säubern	10	
teilselbstständig, aber Hilfsperson nötig	5	
unselbstständig	0	
9. Harnkontrolle		
kontinent Tag und Nacht; eventueller Gebrauch einer Harnableitung selbstständig	10	
gelegentliches Einnässen/Missgeschick (maximal einmal pro Tag)	5	
inkontinent oder unselbstständig	0	
10. Stuhlkontrolle		
kontinent, keine Missgeschicke	10	
gelegentliches Einkoten/Missgeschick (maximal einmal pro Woche)	5	
inkontinent oder unselbstständig	0	
Summe Barthel-Index		
Barthel-Index (II):		
FR-Index (I):		
Frühreha-Barthel-Index-Gesamtzahl (I+II):		

Ort _____

Datum _____

Untersucher _____

Versicherter _____

Geburtsdatum/Versicherten-Nr. _____