



Antrag auf Anschlussrehabilitation

Angaben zur Person

Vorname Name _____

Geburtsdatum _____ KV-Nr. _____

Straße Hausnummer _____

PLZ Wohnort _____

Telefonnummer _____ *Die Angabe Ihrer Telefonnummer erfolgt freiwillig, sie erleichtert uns jedoch die Arbeit bei Rückfragen.*

versichert bei
AOK-Bezirksdirektion _____

Indikation

Geriatrie (Anlage 1) Weiterleitung an die AOK-Bezirksdirektion

Neurologie (Anlage 1)

Andere Indikation _____

Ambulante Maßnahmen am Wohnort halte ich nicht für ausreichend, weil _____

Aufnahmetag im Krankenhaus _____

I. Diagnosen

A. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen	nach ICD-10
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

Besteht ein Zusammenhang zwischen der beantragten Rehabilitation und einem Unfall bzw. einer Berufskrankheit? ja nein

ggf. Angaben zur Operation

Datum der Operation _____ Art der Operation _____

Pflegestufe im Sinne der Pflegeversicherung bekannt? I II III nicht bekannt

B. Komplikationen im Verlauf

nein ja, folgende: _____

C. Aktuelle Therapie

Medikation _____

Derzeit verwendete Hilfsmittel Rollstuhl Gehwagen
 Gehstützen Sonstige _____

Sonstige Therapie _____

Vorname Name _____ geboren am _____

II. Rehabilitationsbedürftigkeit**A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Darstellung als Anlage)**
 körperliche Schädigung geistige Schädigung seelische Schädigung
(jeweils konkrete Beschreibung notwendig)

B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigung	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 der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, 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, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige /ggf. nähere Angaben _____				

Aktuelle Assessment-Ergebnisse (soweit vorhanden, bitte benennen und beifügen)

C. Kontextfaktoren

Sind Kontextfaktoren (Umfeldfaktoren und personenbezogene Faktoren) besonders relevant? (wenn ja, **Anlage 2** ausfüllen und beifügen) ja nein

Risikofaktoren

 Nikotin Alkohol Drogen**III. Rehabilitationsfähigkeit**Ist der Patient zeitlich, örtlich und zur Person orientiert? ja nein

Verfügt der Patient über ausreichend physische und psychische Belastbarkeit sowie über die erforderliche Motivation, um täglich mehrmals ca. 30 Minuten aktiv in der Therapie mitzuarbeiten? ja nein

Ist der Patient mobil im Zimmer ja nein
auf Stationsebene? ja nein

ggf. benötigte Hilfen: _____

Ist die Wundheilung abgeschlossen? ja nein

Im Falle von Frakturen/Osteosynthesen/Gelenkersatz/Wirbelsäulen-Operationen:

 voll belastbar übungsstabil nur teilbelastbar mit _____ kg bis zu _____ nicht belastbar

Weitere Angaben:

Wird Hilfe bei den täglichen Verrichtungen benötigt? ja nein
wenn ja, bitte **Anlage 1** ausfüllen und beifügen

Vorname Name _____ geboren am _____

IV. Rehabilitationsziel

Es sollen die folgenden konkreten alltagsrelevanten Rehabilitationsziele erreicht werden (in den unter II.B. genannten Bereichen):

V. Rehabilitationsprognose

In Bezug auf die oben genannten Ziele wird das Rehabilitationspotenzial wie folgt eingeschätzt:

sehr gering gering mittel hoch sehr hoch

VI. Besondere Angaben (z.B. Prothesenträger/Dialyse/Blindheit/Aphasie)

Tracheostoma PEG Blasenkatheter Künstlicher Darmausgang

Harninkontinenz Stuhlinkontinenz Isolationsbedürftige Keime (z.B. MRSA)

Sonstige _____

VII. Rehabilitationsform

ambulante Rehabilitation (sofern wohnortnahes Angebot vorhanden) stationäre Rehabilitation

VIII. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, sowie für geh-, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

Geplantes Aufnahmedatum in der Rehabilitationseinrichtung _____

IX. Transportmittel

Öffentliche Verkehrsmittel

Sonstige _____

PKW

Begleitperson für die Anreise erforderlich

Stempel und Name: Krankenhaus

Datum und Unterschrift: Ärztin/Arzt

Telefon-Nr. / Fax-Nr.

Ansprechpartner: KH-Sozialdienst

Telefon-Nr. / Fax-Nr.

Erklärung der / des Versicherten

Ich bin mit der Antragsstellung einverstanden.

Datum

Unterschrift: Antragsteller