

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Salus BKK
 Name: _____ Vorname: _____
 geb. am: _____ Status: _____
 Kassen-Nr.: 5330168 KV-Nr.: _____
 Betriebsst.-Nr. Arzt-Nr.: _____

* für Kinder/Jugendliche, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein/Ja Antworten ankreuzen **Nein = Ja =**

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

Allein lebend Mit (Ehe-) Partner-/in Betreutes Wohnen
 Mit/bei Kindern Pflegeeinrichtung

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der/die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: _____ Schichtdienst Ja Nein und zwar: _____
 arbeitslos seit _____ arbeitsunfähig seit _____

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/Ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung
 Ja Nein _____

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe _____ Schwerbehinderung anerkannt Ja Nein GdB _____ Merkzeichen _____

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

Nach ICD 10

1. _____
 2. _____
 3. _____

Diagnose(n) Nummer(n) _____ Ist/sind zurückzuführen auf _____

Arbeitsunfall, Schulunfall Sonstiger Unfall Berufkrankheit Gesundheitsschaden nach dem BVG

Name, Vorname	Kassen-Nr. 5330168	Versicherten-Nr.
---------------	-----------------------	------------------

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

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

	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 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"/>
Bedeutende Lebensbereiche z.B. Arbeit und Beschäftigung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sonstige _____				

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z.B. Barthel-Index) _____

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/ schulisches Umfeld (z.B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Name, Vorname	Kassen-Nr. 5330168	Versicherten-Nr.
---------------	-----------------------	------------------

Risikofaktoren

Nikotin Alkoholmissbrauch Übergewicht Bewegungsmangel
Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch Sonstiges

V.Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel	In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtsreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtsreich	
	Nein	Ja		Nein	Ja		Nein	Ja		Nein	Ja
Massagentherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z.B. KG und manuelle Therapie)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimm, Sprech- und Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann?	Verordnet		Aussichtsreich	
	Nein	Ja	Nein	Ja
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Aussichtsreich			Durchgeführt		Aussichtsreich	
	Nein	Ja	Nein	Ja		Nein	Ja	Nein	Ja
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitations-sport/Funktionstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinische Vorsorgeleistung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Sonstiges

Durchgeführt		Aussichtsreich	
Nein	Ja	Nein	ja
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Name, Vorname	Kassen-Nr. 5330168	Versicherten-Nr.
---------------	-----------------------	------------------

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Der Patient verfügt über ausreichende Motivation	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>	Der Patient ist motivierbar	Nein <input type="checkbox"/>	Ja <input type="checkbox"/>

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigungen der Aktivitäten

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

	Nein	Ja		Nein	Ja
Schädigungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aktivitäten und Teilhabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IX. Sonstige Angaben

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

Name, Vorname	Kassen-Nr. 5330168	Versicherten-Nr.
---------------	-----------------------	------------------

B. Reisefähigkeit

Öffentliche Verkehrsmittel ausreichend PKW erforderlich Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsmaßnahme vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Nein	Ja	Begründung
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung zum sozialen Umfeld nötig? Nein Ja

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform Ambulante Rehabilitation Stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befundberichte weil _____

Sind beigelegt Sind nicht beigelegt

E. Rückruf erbeten unter der Telefonnummer:

_____ Durch die Salus BKK Durch den MDK

F. besondere Hinweise

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Datum _____

- Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01611 EBM 2000 plus berechnungsfähig -