

Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<u>Verlegende Klinik (Name, Anschrift):</u> Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer):	<u>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</u> Geriatrische Fachklinik <input type="checkbox"/> Neuburg <input type="checkbox"/> Ingolstadt-Süd <input type="checkbox"/> Ingolstadt-West <u>Zentrale Patientenverwaltung/Anmeldung</u> Geriatrisches Zentrum Neuburg Bahnhofstraße B 107 86633 Neuburg/Donau Tel.: <u>08431/580-0</u> Fax: <u>08431/580-203</u>
--	---

<u>Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):</u> 	
<u>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</u> 	
Krankenkasse:	Versichertennummer (der Krankenkasse):
Aufnahmetag im Krankenhaus:	Datum der vorgesehenen Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik:

Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

- stationäre geriatrische Rehabilitation
 ambulante geriatrische Rehabilitation
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zugestimmt mit einer Verweildauer/ Behandlungsdauer für _____ Wochen.

wird nicht zugestimmt, weil _____

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Medikation (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente 1 - 4 Medikamente 5 und mehr Medikamente

Störungen der Sprache und des Sprechens:

Aphasie Dysarthrie Dysphonie _____

Störungen der Ernährung:

Schluckstörung Essschwäche Trinkschwäche
Der Patient ist untergewichtig normalgewichtig übergewichtig

Sehen: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Hören: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Störungen der Kognition:

Gedächtnisstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise
Orientierungsstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise
sonstige Störungen: Aufmerksamkeit Wahrnehmung Neglect Apraxie

ggf. Erläuterungen: _____

Störungen der Psyche:

Depression Vigilanz Unruhe
 Weglauftendenz Psychotische Phänomene _____

Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung?

nein ja noch zu klären/ beantragen

Falls ja, bitte Name und Adresse des vom Gericht
bestellten Betreuers angeben: _____

Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

zuhause alleine selbständig zuhause alleine mit Unterstützung Alten-/ Wohnheim
 zuhause mit pflegefähigen Angehörigen zuhause mit pflegebedürftigen Angehörigen Pflegeheim

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator o. ä. UA-Gehstützen OS/US-Prothese
 PEG-Sonde Nasen-Magen-Sonde Stoma Hörgerät
 Windeln Dauerkatheter Suprapubische Fistel Urinalkondom
 sonstige _____

Derzeitige Therapie:

Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
Ergotherapie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
Logopädie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv

Im GRB-Verfahren sind folgende **Hauptdiagnosen** zugelassen:

- Folgezustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen - insbesondere Schlaganfall
- Folgezustand nach operativ und konservativ versorgten Frakturen und Gelenkschäden
- Folgezustand nach Amputationen
- sonstige (z. B. wie entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates; Diabetes Mellitus mit diabetesbedingten Spätschäden; peripher-arterielle Verschlusskrankheit; ischämische Herzkrankheiten; Folgezustand nach Pneumonie; neurologische Erkrankungen - insbesondere Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom; Folgezustand nach schweren chirurgischen Eingriffen)
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Dekubitus, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme)

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen? _____

Der Patient befindet sich seit dem _____ (bitte Datum angeben) in stationärer Krankenhausbehandlung.

Eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik könnte ab dem _____ (bitte Datum angeben) erfolgen.

Als ambulante / stationäre (nicht zutreffendes bitte streichen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

Geriatrische Fachklinik Neuburg Kipfenberg Ingolstadt

Hiermit werden Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit bestätigt.

Erläuterungen:

Rehabilitationsnotwendigkeit ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu mindern, insbesondere auch, um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitszustand zu erhalten.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn bei der Patientin / dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muss die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein.

Bemerkungen:

_____ Datum

_____ Stempel

_____ Unterschrift des verlegenden Arztes

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

Dieses Antragsformular ersetzt nicht den Verlegungsarztbrief.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

Name und Telefonnummer

der nächsten Bezugsperson des Patienten:

Zustimmungserklärung des Patienten

_____ Name

_____ Vorname

_____ Geburtsdatum

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den mich behandelnden Ärzten, Krankenhäusern und den im Antrag genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte sowie in deren Besitz befindliche Fernbefunde anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den medizinischen Dienst und die Übermittlung der von diesen erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.

Ich weiß, dass ich der Übermittlung meiner medizinischen Daten an meine Krankenkasse widersprechen kann.

_____ Datum

_____ Unterschrift des Patienten oder der Hilfsperson
gem. erklärtem Willen des Patienten oder rechtlicher Betreuer

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X):

Die vorgenannten Daten sind zur Beurteilung Ihres Antrages auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlage für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 SGB V und § 40 SGB V. Ihre Mitwirkungspflicht ergibt sich aus § 60 SGB I. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung (§ 66 SGB I) führen. Die Angabe der Telefonnummer ist freiwillig.