

# Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

## I. Allgemeine Angaben

### I.1. Personalien der/des Versicherten:

<b>Name</b>	<b>Geburtsdatum</b>	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/>
<b>Vorname</b>	<b>Versichertennummer</b>	weiblich <input type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>

### I.2. Indikation\*

- Muskuloskeletale Erkrankungen     
  Kardiologie     
  Neurologie     
  Geriatrie  
 Sonstige: \_\_\_\_\_

\*Barthel-Index u. FR-Index (siehe Anlage; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)

### I.3. Die Krankenhausbehandlung ggf. einschließlich Frühmobilisation und Wundbehandlung

Aufnahmedatum \_\_\_\_\_ voraussichtliches Entlassdatum \_\_\_\_\_

### I.4. Werden derzeit neurologische, geriatrische oder fachübergreifende Frührehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?

- nein       ja

### I.5. Die Anschlussrehabilitation soll erfolgen

- als Direktverlegung  
 frühestens am \_\_\_\_\_ weil \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## II. Rehabilitationsbedürftigkeit

### II.1. Antragsrelevante Funktionsdiagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

(Codierung konkret und endständig)

Funktionsdiagnosen	ICD-10-GM <sup>1</sup>	Ur-sache <sup>2</sup>
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

<sup>1</sup> Die hierangegebenen Diagnoseschlüssel umfassen die Diagnosen zum Zeitpunkt der Antragstellung und können von den Entlassdiagnosen abweichen

<sup>2</sup> Ursache der Erkrankung: 0 = 1-5 trifft nicht zu; 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall; 2 = Berufskrankheit; 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter z.B. Unfallfolgen; 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst; 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. BSeuchG)

### II.2. Durchgeführte Behandlungen

- Operation am \_\_\_\_\_ Welche? \_\_\_\_\_  
 OPS \_\_\_\_\_  
 Wunde geschlossen und reizlos?  ja     nein  
 andere Behandlungen, und zwar \_\_\_\_\_

### II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

nein  ja

Wenn ja  im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)

kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

sonstige (z. B. Pneumonie)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

ja, welche Keime? \_\_\_\_\_

nein  nicht bekannt

### II.4. Drohen oder bestehen längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen? (Beurteilung zum Zeitpunkt der Befundung)

**Lernen und Wissensanwendung** (Beeinträchtigungen beim Zuhören/Zuschauen, Aneignen von Fertigkeiten sowie der Konzentration und beim Lösen von Problemen/Treffen von Entscheidungen z. B. infolge abnehmender kognitiver Fähigkeiten)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Allgemeine Aufgaben** (z. B. in der täglichen Routine infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Kommunikation** (z. B. beim Sprechen wegen eines beeinträchtigten Sprachflusses aufgrund von Atemnot)

nein  ja, und zwar: \_\_\_\_\_

**Mobilität** (z. B. beim Laufen längerer Strecken und Treppensteigen oder beim Hand- und Armgebrauch infolge Schmerzen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Selbstversorgung** (z. B. beim Waschen, An- und Auskleiden durch Bewegungseinschränkungen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Häusliches Leben** (z. B. beim Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeiten erledigen infolge eingeschränkter körperlicher Belastbarkeit)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Interpersonelle Interaktionen und Beziehungen** (Beeinträchtigungen beim Aufbau und der Aufrechterhaltung von Familien-, informellen und formellen sozialen Beziehungen z. B. infolge von Kommunikationsbeeinträchtigungen, abnehmender körperlicher oder kognitiver Fähigkeiten)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Bedeutende Lebensbereiche** (Beeinträchtigungen in den Lebensbereichen Arbeit und Beschäftigung/ Erziehung und Bildung und Einschränkungen in der wirtschaftlichen Eigenständigkeit)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

**Gemeinschaftsleben** (z. B. bei der Teilnahme an sportlichen, kulturellen und religiösen Angeboten infolge abnehmender körperlicher Ressourcen)

nein  ja, und zwar \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 2 / 6

<b>III. Rehabilitationsfähigkeit</b>
<b>III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation</b> <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> teilbelastbar mit: _____ <input type="checkbox"/> übungstabil Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Besonderheiten: _____ _____
<b>III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar bei _____ <div style="text-align: right; font-size: small;">(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)</div>
<b>IV. Rehabilitationsziele/-prognose</b>
<b>Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?</b> _____ _____ _____
<b>V. Zusammenfassende Bewertung</b>
<b>Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?</b> <input type="checkbox"/> ambulant <input type="checkbox"/> ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz): _____ <input type="checkbox"/> stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung): _____ _____
<b>VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation</b>
<b>VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, und zwar wegen: <input type="checkbox"/> Dialyse, welches Verfahren _____  <div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Chemotherapie</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Immunsuppressiva</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Katheter</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> PEG</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Isolationspflicht</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Beatmung</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Tracheostoma</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Weaning</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> OS/US-Prothese</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Bettüberlänge</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger</div> <div style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> sonstiges _____</div> </div> _____ _____

Krankenkasse  
 Name:  
 Vorname

Versichertennr.  
 Geb.Datum

V1.0  
 S. 3 / 6

**VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich notwendig?**

öffentliches Verkehrsmittel     Taxi/Pkw     Krankentransport liegend     Krankentransport sitzend  
Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich?     ja                       nein

**VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:**

Name, Vorname \_\_\_\_\_

Telefon-Nr. für Rückfragen \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

Stempel

**Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):**

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V).

<b>1. Barthel-Index (Bitte Punktzahl ankreuzen; bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)</b>	
<b>Essen</b>	
• komplett selbständig <u>oder</u> selbständige PEG <sup>1</sup> -Beschickung/-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen <u>oder</u> Hilfe bei PEG-Beschickung/-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• kein selbständiges Einnehmen <u>und</u> keine MS/PEG <sup>2</sup> -Ernährung	0 <input type="checkbox"/>
<b>Aufsetzen und Umsetzen</b>	
• komplett selbständig aus <u>liegender</u> Position in (Roll-)Stuhl und zurück	15 <input type="checkbox"/>
• Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe)	10 <input type="checkbox"/>
• erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe)	5 <input type="checkbox"/>
• wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert	0 <input type="checkbox"/>
<b>Sich waschen</b>	
• vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren und Frisieren	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Toilettenbenutzung</b>	
• vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung	10 <input type="checkbox"/>
• vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich	5 <input type="checkbox"/>
• benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl	0 <input type="checkbox"/>
<b>Baden/Duschen</b>	
• selbständiges Baden <u>oder</u> Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Aufstehen und Gehen</b>	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>ohne</u> Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen	15 <input type="checkbox"/>
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m <u>mit</u> Hilfe eines Gehwagens gehen	10 <input type="checkbox"/>
• <u>mit</u> Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen <u>alternativ</u> : im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	
• ohne Aufsicht oder personelle Hilfe (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- <u>und</u> hinuntersteigen	10 <input type="checkbox"/>
• mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf <u>und</u> hinunter	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>An- und Auskleiden</b>	
• zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z.B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus	10 <input type="checkbox"/>
• kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind	5 <input type="checkbox"/>
• erfüllt „5“ nicht	0 <input type="checkbox"/>
<b>Stuhlkontinenz</b>	
• ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen oder Anus praeter (AP)-Versorgung	10 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent <u>oder</u> benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen/(AP)-Versorgung	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent	0 <input type="checkbox"/>
<b>Harninkontinenz</b>	
• ist harnkontinent <u>oder</u> kompensiert seine Harninkontinenz/versorgt seinen Dauerkatheter (DK) komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche)	10 <input type="checkbox"/>
• kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) <u>oder</u> benötigt Hilfe bei der Versorgung seines Harnkathetersystems	5 <input type="checkbox"/>
• ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent	0 <input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> perkutane endoskopische Gastrostomie

<sup>2</sup> Ernährung durch Magensonde/perkutane endoskopische Gastrostomie

Summe \_\_\_\_\_

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 5 / 6

<b>2. Frühreha-Index (FR-Index) (bei Neurologie und Geriatrie beizufügen)</b>	<b>nein</b>	<b>ja</b>	<b>Punkte</b>
Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Absaugpflichtiges Tracheostoma	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Intermittierende Beatmung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung)	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
Schwere Verständigungsstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 25 <input type="checkbox"/>	
Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung	0 <input type="checkbox"/>	- 50 <input type="checkbox"/>	
<b>Summe Frühreha-Barthel-Index</b>			

Krankenkasse  
Name:  
Vorname

Versichertenr.  
Geb.Datum

V1.0  
S. 6 / 6

## Antrag auf Anschlussrehabilitation

Versicherte/Versicherter (Name, Vorname)

Krankenkasse

Straße, Haus-Nr.

Versichertennummer

Postleitzahl, Wohnort

Geburtsdatum

### I. Angaben der Versicherten/ des Versicherten (vom Versicherten auszufüllen)

#### 1. Angaben zur Pflegebedürftigkeit

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?  nein  ja, Pflegegrad \_\_\_\_\_  beantragt

#### 2. Fragen zum Rentenbezug und zur Altersvorsorge

Erhalten Sie eine der nachstehenden Leistungen oder ist eine solche beantragt?

	Rentenbezug	Rentenantrag	Träger der Rentenversicherung
Altersrente	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____

Rente wegen Erwerbsminderung	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	<input type="radio"/> ja <input type="radio"/> nein	_____
------------------------------	---	---	-------

Wenn Sie diese Frage 2 in allen Teilen mit nein beantwortet haben, bitte nachfolgende Frage 3 beantworten, ansonsten weiter mit Frage 4.

#### 3. Fragen zum derzeitigen Beschäftigungsstatus und zu entrichteten Rentenversicherungsbeiträgen

Befinden Sie sich in Altersteilzeit?

nein  ja

Wurden für Sie Beiträge zur gesetzlichen Rentenversicherung oder zur Alterssicherung der Landwirte entrichtet oder angerechnet?

nein  ja ggf. auf Grund von  Minijob  Kindererziehungszeiten  
 Pflege von Angehörigen  Versorgungsausgleich

#### 4. Fragen zur häuslichen Situation

In welchem Stockwerk wohnen Sie? \_\_\_\_\_

Ist ein Aufzug vorhanden?  nein  ja

Besonderheiten zu Ihrer häuslichen Situation (z. B. Treppen im Innen- und Außenbereich):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

#### 5. Wie ist Ihre derzeitige soziale und häusliche Versorgungssituation?

Leben Sie

zu Hause und dort  allein oder  
 mit Angehörigen/mit sonstigen Personen

im Betreuten Wohnen

in einer Alten-/Pflegeeinrichtung

Ist die häusliche Versorgung aktuell sichergestellt?  ja  nein

**6. Behandelnde Hausärztin / behandelnder Hausarzt (sofern vorhanden)**

Name \_\_\_\_\_  
Adresse (soweit bekannt)  
Straße, Haus-Nr. \_\_\_\_\_  
Postleitzahl \_\_\_\_\_ Wohnort \_\_\_\_\_  
Telefon-Nr. \_\_\_\_\_

**7. Spezielle Anforderungen und individuelle Wünsche an die Rehabilitationseinrichtung**

(z. B. Nennung einer gewünschten Rehabilitationseinrichtung mit Begründung)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**8. Für weitere Fragen (z. B. Zuzahlungen, Wunsch- und Wahlrecht) beachten Sie bitte das beigegefügte Merkblatt oder wenden Sie sich an Ihre Krankenkasse**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

**Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):**

Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen und Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V, für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung § 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V. Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen.

**Einwilligung zur Übermittlung persönlicher Daten an die Krankenkasse:**

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht. Die hierfür erforderlichen ärztlichen Unterlagen und Auskünfte darf meine Krankenkasse ausschließlich zum Zwecke der Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen verarbeiten und nutzen. Meine Einwilligung ist freiwillig. Mir ist bekannt, dass ich diese Einwilligungserklärung jederzeit ganz oder teilweise ohne Angabe von Gründen mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann. Willige ich nicht in die für die Beurteilung und Entscheidung über Rehabilitationsmaßnahmen erforderliche Datenübermittlung ein oder widerrufe ich meine Einwilligung, kann das dazu führen, dass über meinen Antrag auf Rehabilitationsmaßnahmen nicht oder nicht rechtzeitig entschieden werden kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der/des Versicherten oder der/des gesetzlichen Vertreterin/Vertreters

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum:

V1.0

S. 2 / 3

**II. Angaben des Krankenhauses (z. B. durch den Sozialdienst / Case Management auszufüllen)**

Krankenhaus

---

Anschrift

---

Fallnummer/Patienten-ID

---

**1. Kontaktdaten des Ansprechpartners im Krankenhaus (z. B. Sozialdienst / Case Management):**

Name, Vorname

---

Telefon-Nr.

---

Fax-Nr.

---

**2. Ist eine Kommunikation mit der Patientin/dem Patienten in deutscher Sprache möglich?**

nein             ja

Wenn nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

---

**3. Wurde vorbehaltlich einer Kostenübernahme bereits eine Rehabilitationseinrichtung angefragt?**

nein             ja, (Name, Anschrift und Telefon-Nr.)

---

---

## Patient/in

Nachname: \_\_\_\_\_

Vorname: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

## Beiblatt zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

Bitte füllen Sie sowohl den Antrag als auch dieses Beiblatt vollständig aus, da sonst die Bearbeitung des Antrags und damit die Aufnahme in unserer geriatrischen Rehabilitation verzögert wird.

Vielen Dank für Ihre Unterstützung!

- **Gewicht Pat.:** \_\_\_\_\_ kg;      **Größe Pat.:** \_\_\_\_\_ cm
- **Gesetzliche Betreuung?**  Nein       Ja → Betreuungsausweis/Gerichtsbescheid beifügen  
Name und Telefon-Nr. des Betreuers: \_\_\_\_\_
- **Vorsorgevollmacht?**  Nein       Ja → Vollmacht bitte beifügen
- **Pat. bereits aus Ihrer stationären Behandlung entlassen?**  Nein       Ja → Entlassbrief bitte beifügen
- **Kognitive Störung, Orientierungsstörung?**  
Delir/Verwirrtheitszustand?     Nein     Ja      Selbst-/ Fremdgefährdung?       Nein     Ja  
Hinlaufgefährdung?             Nein     Ja      Nächtliche Unruhe                 Nein     Ja
- **Nachweis multiresistenter Erreger?**  Nein     Ja → Bitte ankreuzen und Nachweis beifügen:  
 MRSA     3MRGN     4MRGN     VRE  
 sonstiges: \_\_\_\_\_
- **Infektiöse Erkrankung?**                     Nein     Ja → Bitte ankreuzen und Nachweis beifügen:  
 Sars-Cov-2     Influenza     RSV     Norovirus     Rotavirus  
 Clostridium difficile     sonstige: \_\_\_\_\_
- **Erhält der Pat. während der Reha kostenintensive spezifische Medikation,**  
z.B. Chemotherapeutika, EPO, Immunsuppressiva/Biologika, etc.?  Nein     Ja → bitte angeben: \_\_\_\_\_  
Kann diese Medikation für die Dauer des Aufenthaltes pausiert werden?  Nein     Ja  
Wird diese spezifische Medikation für die Dauer des ganzen Rehaufenthaltes mitgebracht?  Nein     Ja
- **Dysphagie?**  Nein     Ja  
→ Nahrungsaufnahme beaufsichtigungspflichtig?  Nein     Ja  
Spezielle Kostform, auch bei Sondenkost?  Nein     Ja \_\_\_\_\_
- **Wunden/Dekubitus?**  Nein     Ja → Wundprotokolle bitte beifügen
- **Amputation?**  Nein     Ja → Stumpf belastbar?  Nein     Ja  
Prothese bereits vorhanden?  Nein     Ja, bestellt bei \_\_\_\_\_
- **Sauerstofftherapie?**  Nein     Ja  
→ Wird eigene Sauerstoffversorgung mitgebracht?  Nein     Ja →  beantragt     Konzentrator  
 eigenes O<sub>2</sub>-Gerät wird geliefert von Firma \_\_\_\_\_
- **CPAP-Therapie?**  Nein     Ja  
→ Bedient der Pat. das Gerät selbst?  Nein     Ja