

## Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<b>Verlegende Klinik (Name, Anschrift):</b>   <b>Ansprechpartner (Name, Station, Tel.-Nr.):</b>	<b>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</b>  Mobile geriatrische Rehabilitation MoGeRe Südostbayern GmbH  Müller-zu-Bruck-Str. 12 83052 Bruckmühl  Tel: 0176 1701400 Fax: 08062 8075115
<b>Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):</b>  	
<b>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</b>  	
<b>Krankenkasse:</b>	<b>Versichertennummer (der Krankenkasse):</b>
<b>Aufnahmetag im Krankenhaus:</b>	<b>Datum der vorgesehenen Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik:</b>

## 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

**Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)**  
 Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten

<b>Patient:</b>	<b>Krankenkasse:</b>
Name	Vorname
	Geburtsdatum

Rehabilitationsbegründende Diagnose (Verlegungsdiagnose): \_\_\_\_\_

ICD-10-Code: \_\_\_\_\_ Akutereignis am: \_\_\_\_\_

Weitere Diagnosen: \_\_\_\_\_

Bitte geriatrische Besonderheiten (wie z.B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus) angeben: \_\_\_\_\_

**Barthel-Index**

	<i>Bitte richtige Punktzahl ankreuzen</i>	
<b>Essen</b>	Unabhängig – benützt Geschirr und Besteck	10 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden	5 <input type="checkbox"/>
	Total hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
<b>Rollstuhltransfer</b>	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil)	15 <input type="checkbox"/>
	Minimale Assistenz oder Supervision	10 <input type="checkbox"/>
	Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer	5 <input type="checkbox"/>
	Kann sich nicht selbst aufsetzen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Persönliche Pflege</b>	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne	5 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
<b>Toilette</b>	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel	10 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe, z.B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier	5 <input type="checkbox"/>
	Kann nicht auf die Toilette	0 <input type="checkbox"/>
<b>Baden</b>	Badet ohne Hilfe	5 <input type="checkbox"/>
	Badet mit Hilfe	0 <input type="checkbox"/>
<b>Bewegung</b>	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen	15 <input type="checkbox"/>
	Geht ≥ 50 m mit geringer Hilfe	10 <input type="checkbox"/>
	Geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl ≥ 50 m	5 <input type="checkbox"/>
	Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig, ggf mit Gehhilfe	10 <input type="checkbox"/>
	Braucht Hilfe oder Supervision	5 <input type="checkbox"/>
	Kann nicht Treppen steigen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen	10 <input type="checkbox"/>
	Hilfsbedürftig – kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an	5 <input type="checkbox"/>
	Total hilfsbedürftig	0 <input type="checkbox"/>
<b>Stuhlkontrolle</b>	Kontinent	10 <input type="checkbox"/>
	Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent	5 <input type="checkbox"/>
	Dauernd inkontinent	0 <input type="checkbox"/>
<b>Urinkontrolle</b>	Kontinent – kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen	10 <input type="checkbox"/>
	Teilweise inkontinent – braucht Hilfe beim Katheter	5 <input type="checkbox"/>
	Inkontinent – kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	0 <input type="checkbox"/>
<b>Summe</b>		

**Angaben zur Operation**

Datum der Operation:	Art der Operation:
Angaben zum Verlauf/Komplikationen:	
Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz: Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

**Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)**  
Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten

**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:**

- Der Patient ist                       Schluckstörung                       Essschwäche                       Trinkschwäche  
 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 Betreuer 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)

Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)  
Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten

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 (zutreffendes bitte ankreuzen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

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 Fremdbefunde 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 rechtliche Betreuer

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