

## Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<b>Verlegende Klinik (Name, Anschrift):</b>  Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer):  Sozialdienst	<b>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</b> Diakoniewerk München-Maxvorstadt Geriatrische Rehabilitation Chefärztin Frau Dr. med. Sabine Meyer Arcisstraße 35, 80799 München  Tel. 089/2122-427      Fax: 089/2122-426 E-Mail: geriatric@diakoniewerk-muenchen.de
--	--

<b>Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum):</b> , <b>geb. am</b>	
<b>Anschrift (Straße, PLZ, Ort):</b> ,	
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

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

<u>Patient:</u>  Name _____ Vorname _____ Geburtsdatum _____	<u>Krankenkasse:</u>  
--	------------------------------

**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 einkreisen</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"/>
	Minime 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-Operationen:	
Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (Datum) <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

**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 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:

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 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.