

# Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

<u>Verlegende Klinik (Name, Anschrift):</u>	<u>Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift):</u>
	<p>Geriatrische Fachklinik</p> <p><input type="checkbox"/> Neuburg      <input type="checkbox"/> Ingolstadt-West</p>
<u>Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer) :</u>	<p><u>Zentrale Patientenverwaltung/Anmeldung</u></p> <p>Geriatriezentrum Neuburg</p> <p>Bahnhofstraße B 107</p> <p>86633 Neuburg/Donau</p>
	Tel.: <u>08431/580-0 bzw. -202</u> Fax: <u>08431/580-203</u>

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

Seite 2 von 4

<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 einkreisen</i>	
<b>Essen</b>	Unabhängig - benutzt Geschirr und Besteck Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden Total hilfsbedürftig	10 5 0	
<b>Rollstuhltransfer</b>	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil) Minime Assistenz oder Supervision Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer Kann sich nicht selbst aufsetzen	15 10 5 0	
<b>Persönliche Pflege</b>	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne Braucht Hilfe	5 0	
<b>Toilette</b>	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier Kann nicht auf die Toilette	10 5 0	
<b>Baden</b>	Badet ohne Hilfe Badet mit Hilfe	5 0	
<b>Bewegung</b>	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen Geht ≥ 50 m mit geringer Hilfe Geht < 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl ≥ 50 m Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder < 50 m fortbewegen	15 10 5 0	
<b>Treppensteigen</b>	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe Braucht Hilfe oder Supervision Kann nicht Treppen steigen	10 5 0	
<b>Ankleiden</b>	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an Total hilfsbedürftig	10 5 0	
<b>Stuhlkontrolle</b>	Kontinent Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent Dauernd inkontinent	10 5 0	
<b>Urinkontrolle</b>	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	10 5 0	
<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     voll belastbar     nur teilbelastbar mit \_\_\_\_\_ kg bis zum \_\_\_\_\_ (Datum)     nicht belastbar

# Antragsformular für die Geriatrische Rehabilitationsbehandlung (GRB)

Vom Akutkrankenhaus bitte komplett auszufüllen und an die zuständige Krankenkasse weiterzuleiten.

Seite 3 von 4

**Medikation** (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente       1 - 4 Medikamente       5 und mehr Medikamente

## **Störungen der Sprache und des Sprechens:**

Aphasia       Dysarthrie       Dysphonie       \_\_\_\_\_

## **Störungen der Ernährung:**

	<input type="checkbox"/> Schluckstörung	<input type="checkbox"/> Essschwäche	<input type="checkbox"/> Trinkschwäche
Der Patient ist	<input type="checkbox"/> untergewichtig	<input type="checkbox"/> normalgewichtig	<input type="checkbox"/> übergewichtig
<b>Sehen:</b>	<input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt
<b>Hören:</b>	<input type="checkbox"/> nicht beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> beeinträchtigt	<input type="checkbox"/> stark beeinträchtigt

## **Störungen der Kognition:**

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

qgf. Erläuterungen:

## **Störungen der Psyche:**

Depression       Vigilanz       Unruhe  
 Weglauftendenz       Psychotische Phänomene       \_\_\_\_\_

### **Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung?**

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

#### **Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:**

### **Derzeit verwendete Hilfsmittel:**

<input type="checkbox"/> Rollstuhl	<input type="checkbox"/> Rollator o. ä.	<input type="checkbox"/> UA-Gehstützen	<input type="checkbox"/> OS/US-Prothese
<input type="checkbox"/> PEG-Sonde	<input type="checkbox"/> Nasen-Magen-Sonde	<input type="checkbox"/> Stoma	<input type="checkbox"/> Hörgerät
<input type="checkbox"/> Windeln	<input type="checkbox"/> Dauerkatheter	<input type="checkbox"/> Suprapubische Fistel	<input type="checkbox"/> Urinalkondom
<input type="checkbox"/> 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.

Seite 4 von 4

**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       Ingolstadt-West

**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. Rechtgrundlagen 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.