

# Ärztlicher Befundbericht - Anlage zum Antrag auf Anschlussrehabilitation

## I. Allgemeine Angaben

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

<b>Name</b> Birke	<b>Geburtsdatum</b> 21.04.2003	<b>Geschlecht</b> männlich <input type="checkbox"/> weiblich <input checked="" type="checkbox"/> divers <input type="checkbox"/>
<b>Vorname</b> Steffi	<b>Versichertennummer</b> D123456789	

### I.2. Indikation\*

- ☐ Muskuloskeletale Erkrankungen ☐ Kardiologie ☐ Neurologie ☐ Geriatrie  
☒ Sonstige: Psychosomatik

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

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

Aufnahmedatum 12.04.2021 voraussichtliches Entlassdatum 05.06.2021

### 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. Anorexia Nervosa	F50.0	
2. abnorme Gewohnheiten und Störung der Impulskontrolle	F 33.1	
3. akute schizophreniforme psychische Störung	F 23.1	
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 ist körperlich nicht kräftig genug, um zur Schule zu gehen  
(Klasse 11 Gymnasium; Größe: 156 cm; Gewicht: 39,8 kg)

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

☐ nein ☒ ja, und zwar wegen zu wenig Nahrung sehr schwach; Antriebsschwäche

**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 zu wenig Kraft

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

☐ nein ☒ ja, und zwar Personelle Hilfe wegen der Schwäche notwendig;  
Familienangehörige sind tagsüber außer Haus

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

☐ nein ☒ ja, und zwar Hilfe notwendig wegen zu geringer Mobilität; Antriebsschwäche

**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 Kommunikation mit der Familie ist gestört

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

☐ nein ☒ ja, und zwar Schulabschluss ist wegen der hohen Fehlzeiten in Gefahr

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

☐ nein ☒ ja, und zwar abnormes Verhalten

Krankenkasse AOK Gesund

Name: Birke

Vorname Steffi

Versichertennr. D123456789 V1.0

Geb.Datum 21.04.2003 S. 2 / 6

### III. Rehabilitationsfähigkeit

**III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen?**

☐ nein ☒ ja

☐ nein

☒ ja

**III.2. Voraussichtliche Belastbarkeit im Hinblick auf die durchgeführte Intervention zum Zeitpunkt des Antritts der Anschlussrehabilitation**

☒ voll belastbar    ☐ teilbelastbar mit: \_\_\_\_\_ ☐ übungstabil

Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt    ☐ ja    ☐ nein

Besonderheiten: \_\_\_\_\_

☒ voll belastbar

☐ teilbelastbar mit:

☐ **übungsstabil**

☐ ja

☐ nein

**III.3. Ist ein besonderer Unterstützungsbedarf im Bereich der Selbstversorgung erforderlich?**

☒ nein      ☐ ja, und zwar bei \_\_\_\_\_

(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)

☒ nein☐ ja, und zwar bei

(nur auszufüllen wenn keine aktuellen Assessments, z. B. Barthel-Index, FIM, SINGER beigefügt sind)

IV.Rehabilitationsziele/-prognose									
-----------------------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen?**

normales Essverhalten; Erarbeitung von Einstellungen und sozialem Verhalten  
(Körperschema gestört, erkrankungstypisch sehr ehrgeizige Schülerin;  
Integration in Alltag; Reha-Prognose gut

normales Essverhalten; Erarbeitung von Einstellungen und sozialem Verhalten  
(Körperschema gestört, erkrankungstypisch sehr ehrgeizige Schülerin;  
Integration in Alltag; Reha-Prognose gut

<b>V. Zusammenfassende Bewertung</b>	
--------------------------------------	--

**Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?**

☐ ambulant      ☐ ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):

☒ stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):  
zu schwach für eine ambulante Rehabilitation

☐ ambulant

☐ ambulant mobil, weil (z. B. schwere Orientierungsstörung, Wanderungstendenz):



stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

zu schwach für eine ambulante Rehabilitation

## VI. Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation

**VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?**

☒ nein ☐ ja, und zwar wegen:

☐ Dialyse, welches Verfahren \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/> Chemotherapie	<input type="checkbox"/> Immunsuppressiva	<input type="checkbox"/> Katheter	<input type="checkbox"/> PEG
<input type="checkbox"/> Isolationspflicht	<input type="checkbox"/> Beatmung	<input type="checkbox"/> Tracheostoma	<input type="checkbox"/> Weaning
<input type="checkbox"/> OS/US-Prothese	<input type="checkbox"/> Bettüberlänge	<input type="checkbox"/> ausgeprägte Adipositas	
<input type="checkbox"/> gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung	<input type="checkbox"/> Mitaufnahme pflegebedürftiger Angehöriger		
<input type="checkbox"/> sonstiges _____			
_____			
_____			

☒ nein☐☐☐

9

☐

11

**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 Martina Engels

Telefon-Nr. für Rückfragen 0172/56564480

Datum 31.05.2021

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).

Krankenkasse AOK Gesund  
Name: Birke  
Vorname Steffi

Versichertennr. D123456789 V1.0  
Geb.Datum 21.04.2003 S. 4 / 6