

Struktur-Erhebungsbogen

für Vorsorge- und Rehabilitationseinrichtungen nach § 111 SGB V

A. Allgemeine Angaben

1. Name der Einrichtung: _____

Straße: _____

Postfach/e-Mail/Internet: _____

PLZ/Ort: _____

Ärztlicher Leiter: _____

Tel.-Nr./Telefax: _____

Geographische und Höhenlage, Verkehrs-
verbindung: _____

ununterbrochener Betrieb: ja nein

Institutions-Kennzeichen: _____

2. Träger der Einrichtung: _____

Rechtsform: _____

Straße: _____

Postfach/e-Mail/Internet: _____

PLZ/Ort: _____

Status: öffentlich freigemeinnützig privat

3. Liegt für die Einrichtung eine Konzession gemäß § 30 GewO vor?
- ja nein
4. Werden in dieser Einrichtung Vorsorge- und/oder Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt?
- Vorsorge ambulant
 stationär
- Rehabilitation ambulant
 stationär

B. Belegung und Leistung

1. Werden die Patienten stationär aufgenommen?
- Ja, insgesamt stehen _____ Betten zur Verfügung,
davon _____ Betten in Einbettzimmern,
_____ Betten in Zweibettzimmern,
_____ Betten in _____-Bettzimmern.
- Nein
2. Welche Personenkreise werden in der Einrichtung behandelt (indikationsbezogener Personenkreis)?
- Männer
 Frauen
 Kinder
 Begleitpersonen
3. Bestehen Belegungsvereinbarungen/vertragliche Bindungen mit den Rentenversicherungsträgern, Landwirtschaftlichen Alterskassen oder sonstigen Kostenträgern?
- Ja, mit _____ über _____ Betten

_____ über _____ Betten.

Nein

4. Ärztlicher Leiter der Einrichtung

Name:

Facharztabschluss: _____

Spezialausbildung/Zusatzbezeichnung: _____

Abschluss Sozial-/Rehabilitationsmedizin: Ja Nein

Stellvertretender ärztlicher Leiter

Name:

Facharztabschluss: _____

Spezialausbildung/Zusatzbezeichnung: _____

Abschluss Sozial-/Rehabilitationsmedizin: Ja Nein

5. Ist die ärztliche Präsenz
in der stationären Einrichtung über 24 h
in der ambulanten Einrichtung während der Öffnungszeiten
gewährleistet ? Ja Nein

6. Wurde für die Rehabilitationseinrichtung ein schriftlich formuliertes Rehabilitations-
konzept erstellt ? Ja Nein

7. Wird für die Rehabilitation der Patienten ein individueller Rehabilitationsplan erstellt?
 Ja Nein

8. Welche Hauptindikationsgruppen werden in der Einrichtung behandelt?

Bettenzahl je Indikation			
Indikation	KK	RV	Sonst.
<input type="checkbox"/> 01 Krankheiten des Herzens und des Kreislaufes			
<input type="checkbox"/> 02 Krankheiten der Gefäße			
<input type="checkbox"/> 03 entzündliche rheumatische Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> 04 degenerativ rheumatische Krankheiten (orthopädische Erkrankungen)			
<input type="checkbox"/> 05 gastroenterologische Erkrankungen (Erkrankungen der Verdauungsorgane, Leber, Magen, Galle, Harnwegserkrankungen, Darm)			
<input type="checkbox"/> 06 Stoffwechselerkrankungen			

<input type="checkbox"/> 07 Krankheiten der Atmungsorgane			
<input type="checkbox"/> 08 Krankheiten der Niere, Harnwege, Prostata			
<input type="checkbox"/> 09 neurologische Erkrankungen und Erkrankungen der Stimmorgane			
<input type="checkbox"/> 10 bösartige Geschwulstkrankheiten und maligne Systemerkrankungen			
<input type="checkbox"/> 11 gynäkologische Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> 12 Hauterkrankungen			
<input type="checkbox"/> 13 psychosomatische-psychogenerative Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> 14 psychische Erkrankungen			
<input type="checkbox"/> 15 Suchterkrankungen			
<input type="checkbox"/> 16 Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane			
<input type="checkbox"/> 17 Venenerkrankungen			
<input type="checkbox"/> 18 Unfall- und Verletzungsfolgen			
<input type="checkbox"/> 19 Geriatrie			
<input type="checkbox"/> 20 Störungen der Sinnesorgane			
<input type="checkbox"/> 21 Sonstige			
Gesamtbettenzahl			

9. Welche Krankheitsbilder innerhalb der vorstehend angekreuzten Indikationsgruppen werden nicht behandelt (Kontraindikation)

10. Für welche Indikationsgruppen liegt eine Zulassung zur AR vor ?

GKV :

RVT:

11. Welche Leistungen/Therapien werden in der Einrichtung angeboten?

<u>Therapieart</u>	<u>intern</u>	<u>extern</u>
a) Krankengymnastik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Balneotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Thermo/Hydro - Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Massagen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Sport-/Bewegungstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Med. Trainingstherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) psychologische Betreuung/Therapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) soziale Beratung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Gesundheitstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) <i>sonstige Therapien</i> _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Werden alternative-/Naturheilverfahren durchgeführt?

Ja, welche

Nein

13. Werden Patientenschulungen durchgeführt ?

Ja, welche

Nein

14. Welche Programme sind davon evaluiert :

15. Werden Diäten angeboten?

Ja, welche

Nein

16. Werden patientenbezogene Teamgespräche wöchentlich durchgeführt und dokumentiert ?

Ja

Nein

17. Werden regelmäßig Visiten durchgeführt?

Ja

Nein

18. Werden sowohl Eingangs-, Zwischen- als auch Abschlussuntersuchungen durchgeführt?

Ja

Nein

19. Werden die Rehabilitationsverläufe regelmäßig durch alle Fachbereiche in der Rehabilitationsakte dokumentiert ?

Ja

Nein

20. Werden die Rehabilitanden mit Arznei-/Verbandsstoffen versorgt?

Ja, wie

Nein

21. Werden die Rehabilitanden mit Hilfsmitteln versorgt?

Ja

Nein

22. Sind Konsiliaruntersuchungen möglich/bestehen Kooperationsverträge?

23. Wie erfolgt die interne und externe Qualitätssicherung?

C. Ausstattung der Einrichtung

1. Personelle Besetzung

Ärztlicher Dienst

Med. Betreuung durch	Anzahl	Fachrichtung	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
----------------------	--------	--------------	--------------------------	-----------------------

Vollbeschäftigte(r) Arzt/Ärzte				
Kurarzt				
niedergelassener Arzt				
insgesamt				

Pflegekräfte

Med. Betreuung durch	Anzah l	Fachrichtung	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
Vollexaminierte Pflegekräfte				
Pflegehelfer/innen				
Hilfskräfte				
insgesamt				

Medizinisch-technisches Personal

	Anzahl	Arbeitsstunden pro Woche	Arbeitstage pro Woche
Physiotherapeut/ Krankengymnast			
medizinischer Bademeister/Masseur			
Arbeits- und Beschäftigungstherapeut			
Sprachtherapeut			
Klinische Psychologe			
Psychotherapeut			
Ernährungsberater/Diätassistent			
Sozialarbeiter/-pädagog			
Sportlehrer/Sporttherapeut			
Krankenpflegefachkraft			

2. Untersuchungs- und Therapieräume

- Räume für Einzelkrankengymnastik
- Krankengymnastische Therapiefläche für Gruppengymnastik
- Raum f. gerätetechnisch gestützte Diagnostik/Med. Trainingstherapie
- Funktionsräume für Ergotherapie
- physikalische Therapie
- Multifunktioneller Raum f. Teambesprechungen, Schulungen
- Lehrküche
- Arztzimmer mit Untersuchungsraum
- Notfallraum
- Funktionsräume für Krankenpflege
- Ruhe-, Entspannungs-, Regenerationsbereich
- Bewegungsbad
- Sonstiges

3. Medizinisch-technische Ausstattung

Folgende Geräte sind vorhanden (ggf. Anlage)

Diagnostik : _____

Therapie : _____

D. Vergütung

Aktueller Vergütungssatz nach § 111 SGB V	Patient	Begleitperson
für Vorsorge/Reha-Maßnahmen		
für AR-Maßnahmen		
indikationsbezogener Vergütungssatz		

Aktueller Vergütungssatz	Patient	Begleitperson
Deutsche Rentenversicherung Bund		
Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland		
Sonstige		

Ort/Datum/

Unterschrift