

Basisdokumentation Mobile Indikationsspezifische Rehabilitation

(Version 1: 06.04.2016)

1. Allgemeine Angaben zum/zur Versicherten

1.1 Geschlecht des/der Versicherten: männlich weiblich

1.2 Geburtsjahr des/der Versicherten: (JJJJ)

1.3 Postleitzahl des Wohnortes des/der Versicherten

2 Kassenart: AOK IKK KNAPPSCHAFT
 Ersatzkasse
 BKK
 Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau
 Sonstige

2.1 Pflegestufe (bei Beginn der mobilen Rehabilitation):
 keine Pflegestufe 0 Pflegestufe I Pflegestufe II Pflegestufe III

Eingeschränkte Alltagskompetenz: nein ja nicht bekannt

Ab 01.01.2017

Derzeitiger Pflegegrad (bei Beginn der mobilen Rehabilitation):
 kein Grad 1 Grad 2 Grad 3 Grad 4 Grad 5

2.2 Bewohner eines nach § 72 SGB XI zugelassenen Pflegeheims:

ja nein

Bewohner einer vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen:

ja nein

2. Rehabilitations-Indikation

2.1 **Indikation:** Neurologie Kardiologie Muskuloskeletal
 Sonstige

2.2 **ICD-Schlüssel der rehabilitationsrelevanten Hauptdiagnose** (Angabe der ersten drei Stellen):

--	--	--

2.3 **Welche/s Personengruppen-spezifische/n Indikationskriterien trifft/ treffen für die Erbringung einer mobilen Rehabilitation zu?**

- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen kognitionsbezogener Art mit Symptomverstärkung in fremder Umgebung ja nein
- erhebliche Schädigungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art mit Symptomverstärkung in fremder Umgebung ja nein
- erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- sowie kognitiv sprachlicher-Funktionen mit vorbestehenden Kompensations-/Ersatzstrategien im ständigen Wohnumfeld ja nein
- erhebliche Schädigungen der Seh- oder Hörfunktion mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen im ständigen Wohnumfeld ja nein
- erhebliche Schädigungen neuromuskuloskeletaler und bewegungsbezogener Funktionen (z. B. Amyotrophe Lateralsklerose im fortgeschrittenen Stadium) mit vorbestehenden spezifischen Anpassungen des ständigen Wohnumfeldes ja nein
- erhebliche Schädigungen kardiovaskulärer und das Atmungssystem betreffender Funktionen mit einem erhöhten pflegerischen Unterstützungsbedarf, sodass für die Durchführung der Rehabilitation die umfassende Anwesenheit und Unterstützung eines Angehörigen/einer Bezugsperson genutzt werden muss ja nein
- angeborene oder erworbene Mehrfachbehinderung mit hohem Assistenz und Pflegebedarf ja nein

2.4 **Assessmentbefunde¹**

Instrument: Barthel FIM
 erweiterter Barthel
 Frühreha Barthel

Summenscore: **Reha-Beginn** **Reha-Ende**

--

--

3. Zuweisungspfad

- aus vertragsärztlicher Versorgung aus KH-Fachabteilung:
- nach neurologischer Rehabilitation aus der Pflegebegutachtung (SGB XI)
- Sonstiges:.....

¹ Die Durchführung eines Assessments ist erforderlich, um eine Reha-Verlaufsbeurteilung vornehmen zu können.

4. Behandlung

4.1 Reha-Beginn: .. (TT.MM.JJJJ)

4.2 Reha-Ende: .. (TT.MM.JJJJ)

4.3 **Behandlungsunterbrechung länger als 1 Woche** (vgl. Eckpunktepapier Ziffer 2.1.1)

nein ja

4.4 **Wurde eine Rehabilitationsverlängerung beantragt:**

nein ja Wenn ja, erfolgte eine Bewilligung durch die Krankenkasse? ja nein

4.5 **Anzahl der Behandlungstage**

4.6 **Behandlungsende:**

Behandlung regulär beendet? ja nein

Wenn nein, Angabe der Gründe:

auf Wunsch des/der Versicherten/Angehörigen/Bezugsperson verstorben

auf Veranlassung der Rehabilitationseinrichtung

↳ Pat. nicht mehr rehafähig (interkurrente Erkrankung, Non-Compliance etc.)

↳ akut stationäre Behandlung erforderlich

4.7. **Anzahl der Therapie-/ Leistungseinheiten durch folgende Professionen der Einrichtung**

	Gesamt	davon in Kurzzeitpflege erbracht		Gesamt	davon in Kurzzeitpflege erbracht
Physiotherapeut/ Krankengymnast	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Arzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ergotherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Klin.(Neuro-) Psychologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Masseure/Med. Bademeister	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sozialarbeiter/-pädagogin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Logopäde/Sprachtherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Diätassistent/ Ökotrophologe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sportlehrer/Sporttherapeut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Gesundheits-/Krankenpfleger	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ort, Datum und Unterschrift

Telefon-Nr. zwecks Rückfragen

Bei Rückfragen steht Ihnen das Kompetenz-Centrum Geriatrie beim MDK Nord unter
Tel. 040/25169-1152 zur Verfügung (oder: info@kcgeriatrie.de)

Name/Anschrift der mobilen Einrichtung/Stempel: