

Antrag auf Mobile Ambulante Geriatriische Rehabilitationsleistungen

durch das Mobile Ambulante Geriatriische Reha-Team des Diakonie-Krankenhauses Wehrda

Anschrift der Krankenkasse

1. Patient / in:

Name, Vorname:

Geburtsdatum:

Adresse des Versicherten:

Vers.-Nr. (wenn bekannt):

Stationär ab:

Mobile Rehabilitation geplant ab: sofort

Entlassung aus Akutbehandlung am _____

Angaben zur geplanten Maßnahme:

2. Rehabilitationsbegründende Diagnose(n) (ICD 10):

2.1. Relevante Komorbidität

3. Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf (Anamnese), (unter Berücksichtigung vorbestehender Aktivitätsbeeinträchtigungen):

4. Aktuelle Schädigungen

ADL-Kompetenz:

- | | | |
|---|------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Körperpflege | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> komplett |
| <input type="checkbox"/> Anziehen | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> komplett |
| <input type="checkbox"/> Sich waschen | <input type="checkbox"/> teilweise | <input type="checkbox"/> komplett |
| <input type="checkbox"/> Essensaufnahme | <input type="checkbox"/> Kontinenz | <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung |
| <input type="checkbox"/> IADL: | _____ | |
| | _____ | |

Kognition:

- Verbesserung Alltagsorientierung
- Verbesserung neuropsych. Teilleistungsstörungen: _____
- _____

Kommunikation/Schluckstörungen:

- Verbesserung der Kommunikation > mit technischen Hilfsmitteln
- Verbesserung Schluckstörungen
- mit Schulung der Bezugspersonen

Emotion:

- Stimmungsaufhellung Krankheitsverarbeitung
- Perspektiventwicklung Konfliktbearbeitung

Übergeordnete Ziele:

- Verbesserung Ernährung Wohnraumanpassung
 - Schulung der Bezugspersonen Soziales Netz stärken
- _____
- _____
- _____

8. Positive Rehabilitationsprognose:

9. Derzeit verwendete Hilfsmittel: (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Vorhanden: Rollstuhl / Toiletten-Stuhl / Toilettensitz-Erhöhung / Pflegebett / Anti-Decubitus-Matratze/ Haltegriffe / Lifter / Badewannen-Lifter / Duschsitz / Kompressionsstrümpfe/ Gehstock / Schienen / Prothesen / Korsett / Unterarmgehstützen / Rollator / Deltagehrad / 4 - Punkt - Stütze

10. Allokationskriterien für die Mobile Form der Rehabilitation

Sicherung der Versorgung während der Reha-Maßnahme:

- Häusliche Versorgung gewährleistet: _____
- Pflegerische Versorgung: _____
- Medizinische Versorgung: _____

Die Rehabilitationsfähigkeit und positive Rehabilitationsprognose sind bei o. g. Patient/in an das gewohnte und ständige Wohnumfeld gebunden. Der/Die Patient/in ist:

- auf die Anwesenheit und rehabilitationsfördernde Unterstützung der Angehörigen / Bezugspersonen angewiesen
- auf das krankheitsspezifische bzw. behindertengerecht adaptierte Wohnumfeld angewiesen
- nicht in der Lage, den stationären / ambulanten / teilstationären Rehabilitationserfolg in den Alltag zu übertragen

Zusätzlich liegt mind. eine der folgenden Schädigungen vor:

- erhebliche Einschränkungen mentaler Funktionen kognitionsbezogener Art (z. B. Aufmerksamkeits- und Konzentrationsstörungen, demenzassoziierte Einschränkungen)
- erhebliche Einschränkungen mentaler Funktionen verhaltensbezogener Art (z. B. Angst, Wahn, psychomotorische Unruhe, Hospitalismus)
- erhebliche Schädigungen der Stimm-, Sprech- und Sprachfunktion
- erhebliche Schädigungen der Seh- und Hörfunktion

(siehe unter 2., 4. und 5.): _____

Wir beantragen eine Kostenübernahme für . . . Therapieeinheiten/Therapietage.

Die Maßnahme der MoGeRe wird durchgeführt:

- in der Wohnung des/der Patienten/in
- zunächst in Kurzzeitpflege
- in der stationären Pflegeeinrichtung:

Erforderlich sind: (bitte Zutreffendes ankreuzen)

- | | | |
|--|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Physiotherapie | <input type="checkbox"/> Ergotherapie | <input type="checkbox"/> rehabilitative Pflege |
| <input type="checkbox"/> Logopädie/Schlucktherapie | <input type="checkbox"/> Psychologie | <input type="checkbox"/> Sozialarbeit |
| <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | um o. g. Ziele zu erreichen. | |

Im Interesse des/der Patienten/in bitten wir um eine rasche Kostenzusage.

Datum

Stempel/ Unterschrift

Einverständniserklärung des/der Antragstellers/in

(wenn vorhanden Klinikaufkleber verwenden)

Name, Vorname

Straße, Hausnummer

PLZ, Wohnort

Geburtsdatum

Ich willige ein, dass das/die

Name Akut-Krankenhaus

zum Zwecke der Weiterbehandlung die Behandlungsunterlagen, die anlässlich meiner stationären Behandlung erhoben wurden, an die Rehabilitationseinrichtung weiterleiten darf.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung über die Entbindung von der Schweigepflicht jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

Ich beantrage die Durchführung einer Mobilen Ambulanten Geriatrischen Rehabilitation durch das Reha-Team des Diakonie-Krankenhauses Wehrda, Hebronberg 5, 35041 Marburg.

Tel.: 06421-808-518, Fax: 06421-808-550, e-mail: info@mobile-reha-marburg.de

Datum

Unterschrift