

AOK	LKK	BKK	IKK	vdek		Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten						
geb. am						
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status			
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum			

Verordnung von ambulanter / mobiler geriatrischer Rehabilitation

(vom zuweisenden Arzt auszufüllen)

Verordnung ambulanter Rehabilitation

Verordnung mobiler Rehabilitation

Tel.-Nr. des Patienten: _____ / _____

Tel.-Nr. der Kontaktperson: _____ / _____

A. Sozialanamnese

Wohnsituation allein lebend mit Angehörigen zusammenlebend Betreutes Wohnen/ Seniorenheim Pflegeheim Kurzzeitpflege

Pflegebedarf Pflegegrad: 1 2 3 4 5 Pflegegrad beantragt kein Pflegegrad

Personeller Hilfebedarf Ja **Beratung durch die Krankenkasse** Ja

Persönliches und soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch Angehörige oder soziale Dienste, Wohnsituation, Konflikte, Pflege oder Tod eines Angehörigen, Sprachprobleme)

B. Behandlungsrelevante Diagnosen nach ICD-10

ICD-10

B. Behandlungsrelevante Diagnosen nach ICD-10	ICD-10

C. Klinische Anamnese, aktuelle Beschwerden und Verlauf

D. Bisherige Maßnahmen

1. Ärztliche Intervention (fachärztlich, operativ, medikamentös u.ä.)

Patient befindet sich derzeit in Krankenhausbehandlung: Nein stationär teilstationär

Entlassung geplant am: _____ (Datum) (die Punkte 2 und 3 entfallen dadurch)

2. Heilmittel (in den letzten 12 Monaten): Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

3. Weiterhin durchgeführte Maßnahmen: Psychotherapie Rehasport/ Funktionstraining Ernährungsberatung

Patientenschulung sonstige: _____

4. Hilfsmittel: Handstock Rollator Unterarmgehstütze Rollstuhl sonstige: _____

E. Behandlungsrelevante Schädigungen

Sturzneigung <input type="checkbox"/>	Schwindel <input type="checkbox"/>	Reduzierte körperliche Belastbarkeit <input type="checkbox"/>
Mobilitätsstörung <input type="checkbox"/>	Schmerz <input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech-, Sprachstörung <input type="checkbox"/>
Sensibilitätsstörung <input type="checkbox"/>	Depression <input type="checkbox"/>	Schluckstörung <input type="checkbox"/>
Seh-/Hörstörung <input type="checkbox"/>	Dekubitus <input type="checkbox"/>	kognitive Schädigung (z.B. Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Handlungsplanung/-durchführung) <input type="checkbox"/>
Fehl-/Mangelernährung <input type="checkbox"/>	Inkontinenz <input type="checkbox"/>	verhaltensbezogene Schädigungen (z.B. Angst, Wahnvorstellungen, Unruhe, insbes. auch demenzielle Begleitsyndrome) <input type="checkbox"/>
Gewicht: _____(kg)		
Größe: _____(cm)		

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

F. Barthel-Index (ggf. weitere relevante Assessmentbefunde bitte beifügen)

gemäß Hamburger Manual (bitte einkreisen)

	0	5	10	
1. Essen				
2. Transfer				15
3. Persönliche Hygiene				
4. Toilettenbenutzung				
5. Selbständiges Baden				
6. Gehen auf Flurebene/Rollstuhlfahren				15
7. Treppensteigen				
8. An- und Auskleiden				
9. Stuhlkontinenz				
10. Urinkontinenz				

Relevantes
Behandlungsziel?

Barthel-Index Summenscore:

G. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen

Kommunikation

Planen und Handeln/ Orientierung/ Gedächtnis

Hauswirtschaftliche Verrichtungen

Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen, am Gemeinschafts-, sozialen und öffentlichen Leben

Sonstiges: _____

H. Behandlungsfähigkeit

Patient/in ist behandlungsfähig

Im Rahmen der AGRV (Belastbarkeit ausreichend für drei 30 minütige Übungsbehandlungen pro Tag, Aufsuchen der Einrichtung mit Laienhilfe möglich)

Im Rahmen der MGRV (Die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehaprognose kann nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden)
 mentaler Schädigung
 Seh-/ Hörstörung
 Stimm-/ Sprech-/ Sprachstörung
 anderer Beeinträchtigungen: _____

I. Konkret zu benennende prioritäre Behandlungsziele

Behandlungsziel 1

Behandlungsziel 2

Behandlungsziel 3

Behandlungsziel 4

Datum

Datum

Telefonnummer des zuweisenden Arztes:

____ / _____ Rückruf erbeten durch den Klinik-Geriater

Unterschrift des Patienten, der seinen Willen vertretenden Person oder des rechtlichen Betreuers

Stempel / Unterschrift des zuweisenden Arztes

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Ergänzende Befunde und Bewertungen (von der Rehabilitationseinrichtung auszufüllen)

J. Obligatorische Assessmentbefunde

Timed „Up & Go“: Zeit: _____ sec.
 Hilfsmittel genutzt: nein Unterarmgehstütze Handstock Rollator sonstiges: _____
 Aufgabe nach 5 Min. nicht bewältigt

Numerische Schmerzskala: Ruheschmerz _____ von 10 Schmerzspitze _____ von 10 (0-10)

Mini-Mental State Examination: _____ von 30 Punkten/ Bemerkungen: _____

Depressions-Screening gemäß TFDD: _____ von 20 Punkten/ Bemerkungen: _____

K. Optionale Assessmentbefunde

Geriatrische Depressionsskala: _____ von 15 Punkten (nicht bei MMSE \leq 20 Punkten)

Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: _____ von 60 Punkten

Six-Item-Screener: _____ von 6 Punkten

Clock Completion Test (mod. n. Shulman 1993): _____ von 6 (Score) Hinweis auf kognitive Störung
 Hinweis auf Neglect

Balance-Tests: Side by side Test: _____ sec. Semi-Tandemstand: _____ sec. Tandemstand: _____ sec.
 Einbeinstand rechts: _____ sec. links: _____ sec. (normal 10 sec., Abbruch jeweils bei 20 sec.)

Stuhl-Aufsteh Test (5x, Arme vor der Brust gekreuzt): _____ sec. (>12 sec. erhöhte Sturzgefahr, Abbruch > 60 sec.)

Tinetti-Test: Balance: _____ von 15 Punkten Gehen: _____ von 13 Punkten Gesamt: _____ Punkte

Handkraftmessung: rechts: _____ kp links: _____ kp (Maximum aus 3 Messungen, Pausen >15 sec.)

20-Cents-Test: rechts: _____ C/ _____ s links: _____ C/ _____ s

L. Durch den Klinik-Geriater konkret zu benennende Behandlungsziele unter Berücksichtigung der vom Zuweiser benannten Behandlungsziele

Behandlungsziel 1

Behandlungsziel 2

Behandlungsziel 3

Behandlungsziel 4

M. Zusammenfassende Wertung durch den Klinik-Geriater

1. Es besteht eine positive Behandlungsprognose hinsichtlich der Behandlungsziele: Ja Nein

2. empfohlene Behandlung: ambulante Reha mobile Reha andere: _____ keine

3. Besondere Hinweise:

Datum

--	--	--

Stempel / Unterschrift des Klinik-Geriaters