

Patient (Name, Vorname, ggf. Geburtsname)

Geburtsdatum _____

Klinik und Station _____

Krankenkasse _____

Versichertennummer _____

Klinik für Neurologie

Gudrun Brinkmann, Leitung Patientenmanagement

Team Case Management

T 0 21 59 679-0 · F 02159 679 4000

casemanagement@stmtk.de · belegung@stmtk.de

ANTRAG AUF BEWILLIGUNG EINER NEUROLOGISCHEN REHABILITATION



Anschrift _____

berufstätig als:

- Positive Erwerbsprognose
- Rentner
- Vorsorgevollmacht
- Betreuung
- Ehegattennotvertretung

Name Betreuer mit Tel.

Name Bevollmächtigter mit Tel.

- alleinlebend
- mit Bezugsperson(en) lebend
- in vollstationärer Pflegeeinrichtung

Besteht Pflegebedürftigkeit nach SGB XI?

- ja, Stufe _____
- nein
- beantragt

Aufnahmetag im Krankenhaus

Entlassung im Krankenhaus

Verlegung in die Mauritius Therapieklinik möglich ab:

Ansprechpartner im Krankenhaus mit Name und Berufsbezeichnung (z. B. Arzt, Sozialdienst, Case Management)

Telefon-Nummer mit Durchwahl

Station Durchwahl

I. Befundbericht (allgemein)

Fax-Nummer

Fax-Nummer

Hauptdiagnose:

seit/OP am:

ICD 10

Nebendiagnosen:

seit/OP am:

ICD 10

Patientenname _____

Patient(in) ist somatisch und psychisch ausreichend belastbar und motiviert, aktiv an der beantragten Reha mitzuwirken:

Besteht die notwendige Belastbarkeit und Motivation? ja nein, weil _____

Sonstige erhebliche Störungen (z. B. Amputation/Prothesen/Blindheit)

Wundheilungsstörung(en) ja nein

Schmerzen ja nein

Lokalisation:

Dekubitus ja nein

Bilder / Wunddokumentation ja nein

Wenn ja, Größe (cm): _____

Lage: _____

Grad: _____

Liegt ein Blasenkatheter ja nein

Liegt eine PEG? ja nein

Liegt eine Magensonde? ja nein

Orientierung in fremder Umgebung ja nein

Wanderverhalten ja nein

Fixierung ja nein

Depression ja nein

Kognitive Einschränkungen/Demenz ja nein

Sauerstoffgabe ja nein

Monitorüberwachung ja nein

Schlafapnoe-Gerät/CPAP-Gerät ja nein

Harnkontinenz ja nein

Stuhlkontinenz ja nein

Dysphagie ja nein

Aphasie ja nein

Wenn ja, welche _____

extrabudgetäre Medikamente ja nein

Wenn ja, welche _____

Risikofaktoren

Nikotin ja nein

Übergewicht über 130 kg ja nein

Bewegungsmangel ja nein

Missbrauch von

Alkohol ja nein

Drogen ja nein

Medikamenten ja nein

Allergien ja nein

Welche _____

Sonstiges

COPD ja nein

Dialyse ja nein

Isolation ja nein

Wenn ja, welche _____

Patientenname _____

BAR Kriterien

- Patient bedarf intensivmedizinischer Überwachung oder Therapie ja nein
- Patient ist teilmobilisiert und kann nicht kontinuierlich zwei bis vier Stunden im Sitzrollstuhl verbringen ja nein
- Handlungsfähigkeit des Patienten reicht aus, um an mehreren Therapiemaßnahmen täglich von je etwa 30 Minuten Dauer aktiv mitzuarbeiten ja nein
- Patient ist kommunikations- und interaktionsfähig (auch nicht unter Verwendung von Hilfsmitteln) ja nein
- Kleingruppenfähigkeit in der Therapie ist nicht gegeben, nur Einzeltherapie möglich ja nein
- Patient hat sein Wunsch und Wahlrecht ausgeübt ja nein

Transportmittel

- öffentliche Verkehrsmittel Begleitperson erforderlich KTW
- RTW Taxi, Mietwagen PKW

Datum _____

Name des Verfassers _____

Unterschrift Stationsarzt _____

Checkliste für beigefügte Unterlagen:

Aktuelles Assessment

1. Barthelindex / SINGER ja nein
2. Betreuungsverfügung ja nein
3. Keimnachweis ja nein
4. Wunddokumentation ja nein

Private Krankenversicherung ja nein

Private Zusatzversicherung ja nein

Privat stationär Phase D versichert ja nein

Private Beihilfe ja nein

Wunschlinik des Patienten _____