

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 \_\_\_\_\_