

Reha-Klinik/-Institution:  
Anschrift:  
Tel./Fax:

Ansprechpartner:  
Durchwahl:

# N

## Ärztlicher Verlängerungsantrag für neurologische Rehabilitationsleistungen

Anschrift der Krankenkasse /Fax

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

Geb. am Krankenversichertennummer

### 1.

	Datum	Phase (nach BAR)	stationär	ambulant
Beginn der Rehabilitationsleistung:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Genehmigt bis:				
Datum des Verlängerungsantrages:				
Verlängerung beantragt bis:			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Übergang in Phase ..... ab ..... (Datum)

Übergang in Phase ..... voraussichtlich in ..... Wochen möglich.

Neurologisches Reha-Assessment durchgeführt am ..... (Datum)

Positive Erwerbsprognose bei Phase C-Patienten im Sinne des RV-Trägers liegt vor?

nein  ja  seit wann? ..... (wenn positiv, Reha-Assessment-Befundbericht beifügen)

2.1 Rehabilitationsrelevante Diagnose(n)(nach ICD 10): seit wann?

2.2 Weitere Diagnosen: seit wann?

2.3 Komplikationen im Rehabilitationsverlauf: seit wann?

### 3. Aktueller Befund

Es wird um genaue Beschreibung der relevanten Schädigungen von Körperfunktionen und -strukturen und ihres Verlaufes im Hinblick auf Befund bei Aufnahme oder letztem Verlängerungsantrag gebeten.

	gleich	besser	schlechter
3.1 Extremitätenschädigungen (z.B. Muskelkraftminderung, spast., schlaffe Lähmungen, Gelenkbeweglichkeitseinschränkung, Kontrakturen)			
3.2 Haltungsschädigungen (z.B. Einschränkung der Rumpfkontrolle, Skoliose)			

	gleich	besser	schlechter
<b>3.3 Sensorische Schädigungen</b> (z.B. Sensibilitätsstörungen, Schmerzen, Reflexdystrophie)			
<b>3.4 Sprach-/Sprechschädigungen</b> (z.B. Aphasie, Dysarthrie, ggf. Angabe Aachener Aphasietest oder andere Assessments)			
<b>3.5 Schädigungen des Sehens oder Hörens</b>			
<b>3.6 Mental/kognitive Schädigungen</b> (z.B. Störungen des Erinnerungsvermögens, der Aufmerksamkeit, der Wahrnehmung; Neglect)			
<b>3.7 Psychische Schädigungen</b> (z.B. Störung des Bewußtseins, Verhaltens, Willens; Depression)			
<b>3.8 Viszerale Schädigungen</b> (z.B. Herz-Kreislaufschädigungen, Luftnot, Schädigungen des Kauens und Schluckens, der Harnausscheidung)			

**4.0 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen von Aktivitäten und der Teilhabe**  
soweit in beigefügten Bögen nicht erfasst  
Befunde bei Aufnahme und aktuell mit entsprechenden Indizes sind beizufügen (z.B. Barthel-Index, EBI, FIM, RAP, Timed up and go)

	bei Aufnahme	aktuell
<b>4.1 Wissen anwenden, Planen und Handeln, Regeln befolgen</b>		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Routinen unter Schwierigkeiten erledigen, Hilfen erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kein selbstständiges Handeln möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.2 Kommunikation und Konversation</b>		
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kann einfache Instruktionen mit Schwierigkeiten umsetzen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
keine oder fast keine Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.3 Mobilität (Liegen, Umlagern, Aufrichten, Sitzen, Transfer)<sup>1</sup></b>		
ungestört, keine Hilfe erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
immobil	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.4 Mobilität (Rollstuhl benutzen, Gehen, Treppensteigen)<sup>2</sup></b>		
keine Störungen oder Fortbewegung mit Hilfsmittel sicher möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
unsicheres Gehen mit Sturzneigung, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gehen nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<sup>1</sup> Unzutreffendes streichen

<sup>2</sup> dto.

4.5 Mobilität (Fingerfertigkeit, Hand-Armgebrauch) <sup>3</sup>	bei Aufnahme	aktuell
keine Störungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schwierigkeiten und Einschränkungen, Hilfestellung erforderlich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
gezielter Einsatz von Fingern, Hand und Arm nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.6 Besondere Probleme		
situative Desorientierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aggressivität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Weglauftendenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verweigerung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	Rehabilitationsziele/-Teilziele bezogen auf	erreicht	teilweise erreicht	nicht erreicht	noch erreichbar? wann?
5.1	Schädigungen (3.1 – 3.8)				
5.2	Aktivitäten, Teilhabe (4.1 – 4.6) und Kontextfaktoren				
5.3	Falls der Patient oder die Angehörigen abweichende Ziele haben, sind diese zu nennen:				

## 6. Rehabilitative Therapie

Bisherige nach Art und Anzahl in den (letzten) 4 Wochen (Wo.) und geplante:

(ggf. Therapieplan beifügen)

Therapieform (Art)	.Wo.	.Wo.	.Wo.	.Wo.	geplant

7. Warum kann - bei stationären Rehabilitationsleistungen - das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Maßnahmen erreicht werden?

## 8. Hinweise auf vorgesehene Versorgung nach Entlassung

- Zuhause selbständig     
 Zuhause mit Hilfe     
 Kurzzeitpflege     
 Anpassung des Wohnumfeldes  
 Wohnheim     
 Pflegeheim

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen

Unterschrift des Arztes/der Ärztin, Stempel

<sup>3</sup> dto.