

**Antrag auf Mobile Geriatrische
Rehabilitationsleistungen**
im Anschluss an die Krankenhausbehandlung

Mobile Geriatrische Rehabilitation

Telefon 08053 200-2300
Fax 08053 200-442300
E-Mail kontakt@mogere.de
Internet www.mogere.de

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):

4. Aktuelle Schädigungen

4.1. Aktueller Barthel-Index (optional)

Punkte	15	10	5	0	Gesamt		15	10	5	0	Gesamt
Essen						Aufstehen / Gehen					
Transfer						Treppensteigen					
Sich waschen						An- / Auskleiden					
Toilettenbenutzung						Stuhlinkontinenz					
Baden / Duschen						Urininkontinenz					
						Summe					

Pflegegrad: keinen 1 2 3 4 5



4. 2. Angaben zur Operation

Datum der Operation:	Art der Operation:
Angaben zum Verlauf/Komplikationen:	
Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz: Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum _____ (<i>Datum</i>) <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

4. 3. Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
 Ergotherapie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
 Logopädie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv _____

5. Rehabilitationsbedarf

Mobilität: _____

ADL-Kompetenz: _____

Nahrungsaufnahme: _____

Kommunikation: _____

Kognition: _____

Emotion: _____

6. Rehabilitationsfähigkeit: Liegt vor.

Der / Die Betroffene ist:

- | | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> wach | <input type="checkbox"/> kooperativ | <input type="checkbox"/> ausreichend orientiert |
| <input type="checkbox"/> motiviert | <input type="checkbox"/> motivierbar | <input type="checkbox"/> kreislaufstabil |
| <input type="checkbox"/> für Reha ausreichend belastbar | | |

7. Rehabilitationsziele:

Mobilität:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Stabiler Lagewechsel /Sitzstabilität | <input type="checkbox"/> Transfer Bett/(Roll-)stuhl |
| <input type="checkbox"/> Rollstuhlmobilität | <input type="checkbox"/> Stehfähigkeit |
| <input type="checkbox"/> Gehfähigkeit <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Sturzgefahr reduzieren/beseitigen |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel | <input type="checkbox"/> Laufen im Gelände |
| | <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion |

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:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung der Kommunikation | <input type="checkbox"/> mit technischen Hilfsmitteln |
| <input type="checkbox"/> Verbesserung Schluckstörungen | <input type="checkbox"/> mit Schulung der Bezugspersonen |

Emotion:

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Stimmungsaufhellung | <input type="checkbox"/> Krankheitsverarbeitung |
| <input type="checkbox"/> Perspektiventwicklung | <input type="checkbox"/> Konfliktbearbeitung |

Übergeordnete Ziele:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Verbesserung Ernährung | <input type="checkbox"/> Wohnraumanpassung |
| <input type="checkbox"/> Schulung der Bezugspersonen | <input type="checkbox"/> Soziales Netz stärken |



8. Positive Rehabilitationsprognose:

9. 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.): _____

Die Maßnahme der MoGeRe wird durchgeführt:

- in der Wohnung des/der Patienten/in
- zunächst in Kurzzeitpflege (ca.% der TE), dann in der Wohnung der Patienten
- 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

Nachrichtlich an: Patient, Hausarzt

Antrag auf Anschlussheilbehandlung (AHB) Mobile Geriatrische Rehabilitation

Anschrift der Krankenkasse

1. Persönliche Daten des Patienten / der Patientin:

Name, Vorname: _____ Geburtsdatum: _____

Adresse des Versicherten: _____

Vers.-Nr. (wenn bekannt): _____ Telefon: _____

2. Leistungen aus der gesetzlichen Rentenversicherung:

Träger: _____

Rentenart: _____

3. Bemerkungen (Pflegegrad, Wohnsituation etc.):

4. Zustimmungserklärung

Ich stimme zu, dass für mich im Anschluss an den jetzigen Krankenhausaufenthalt medizinische Leistungen zur Rehabilitation durchgeführt werden.

Bad Endorf, _____ Datum _____
Unterschrift des Versicherten