|  |  |
| --- | --- |
| BDH_HO_Logo | **Antrag auf Leistungen zur neurologischen****Frührehabilitation der Phase C** |

in der BDH-Klinik Hessisch Oldendorf gGmbH

Greitstraße 18-28, 31840 Hess. Oldendorf, Tel. 05152/781-201, Fax. 05152/781-275

|  |  |
| --- | --- |
| (Rehabilitandenaufkleber)**Rehabilitand** (Name, Vorname):Geburtsdatum:Anschrift:Kostenträger/Versicherungsnr.: | (Stempel)**Anmeldende Klinik:** |
| An den **Kostenträger**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_per Fax:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | Name des **Sozialarbeiters** und Durchwahl für Rückfragen:Name: Tel.: Name des **Arztes** und Durchwahl für Rückfragen:Name: Tel.:  |

**Verlegung nach Hessisch Oldendorf geplant für:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 (Datum)

**Zustimmungserklärung des Rehabilitand/Angehörigen/Betreuers:**

Hiermit beantrage ich die Genehmigung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme (neurologische Frührehabilitation Phase C). Es ist mein ausdrücklicher Wunsch, dass die Rehabilitationsmaßnahme in der **BDH-Klinik Hessisch Oldendorf** gGmbH durchgeführt wird.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ort, Datum Unterschrift des **Rehabilitanden/Angehörigen/Betreuers**

|  |  |
| --- | --- |
| **Hauptdiagnose:**O HirninfarktO HirnblutungO Schädel-Hirn-Trauma \_\_\_\_\_O Andere: | **Relevante Nebendiagnosen:**Isolierungspflichtig **(MRSA, MRGN, Clostridien)?****[ ]**  ja, Keim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **[ ]**  neinAktuelle Durchfälle oder Erbrechen?**[ ]**  ja **[ ]**  nein |
| **Krankheitsbeginn (Datum):** | **Relevante Prozeduren:** |  |  |

**Ist der Rehabilitand physisch und psychisch ausreichend belastbar und motiviert, aktiv an der beantragten Rehabilitation teilzunehmen (Reha-Fähigkeit)? [ ]**  ja **[ ]**  nein

|  |
| --- |
| **Privatpatient? [ ]**  **ja** **[ ]**  nein |

**Medikamente**

**[ ]**  Antimykotika-Therapie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]**  Antikörper-Therapie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]**  antiretrovirale Therapie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[ ]**  andere kostenintensive Medikamente \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Kommunikation:** | Verstehen Ausdruck | **[ ]**  eingeschränkt**[ ]**  eingeschränkt | **[ ]**  nicht eingeschränkt**[ ]**  nicht eingeschränkt |
| **Gedächtnis/****Orientierung** | verwirrtWeglauftendenz: | **[ ]**  ja**[ ]**  ja | **[ ]**  nein**[ ]**  nein |
| Beeinträchtigung der Gedächtnisleistung und Orientierung | **[ ]**  ja | **[ ]**  nein**[ ]**  zeitweise |
| **Soziale Interaktion** | **[ ]**  unkooperativ | **[ ]**  gelegentlich unkooperativ | **[ ]**  nicht beeinträchtigt |
| **Verwendete Hilfsmittel/****Zugänge** | **[ ]**  Rollstuhl**[ ]**  Gehhilfe**[ ]**  Orthese | **[ ]**  Brille**[ ]**  Hörgerät**[ ]**  Zahnprothese | **[ ]**  PEG**[ ]**  Blasenkatheter**[ ]**  ZVK |
| **Bezugsperson:****[ ]**  Angehöriger**[ ]**  Betreuer | **Name, Vorname:****Tel. Nr.:** |
| **Versorgung vor der Erkrankung:****[ ]**  zu Hause - selbständig**[ ]**  zu Hause - mit Hilfe, Pflegestufe: \_\_\_\_ (wenn bereits eingestuft)**[ ]**  Pflegeheim, Pflegestufe: \_\_\_\_ |  |

**Einstufung nach dem Frühreha-Index:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **nein** | **ja** |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand  | 0 | -50 |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | 0 | -50 |
| Intermittierende Beatmung | 0 | -50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung  | 0 | -50 |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung  | 0 | -50 |
| Schwere Verständigungsstörung  | 0 | -25 |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung  | 0 | -50 |
| **PUNKTSUMME (Minuspunkte)** | (max. -325 Punkte) |  |

**Einstufung nach dem Barthel-Index:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **nicht möglich** | **mit Unterstützung** | **selbständig** |
| 1) Essen und Trinken | 0 | 5 | 10 |
| 2) Umsteigen aus dem Rollstuhl ins Bett und umgekehrt | 0 | 5 | 15 |
| 3) Persönliche Pflege (Waschen) | 0 | 0 | 5 |
| 4) Benutzung der Toilette | 0 | 5 | 10 |
| 5) Baden/Duschen | 0 | 0 | 5 |
| 6) Gehen auf ebenem Untergrund | 0 | 10 | 15 |
| 6a) Fortbewegung mit Rollstuhl auf ebenem Untergrund (nur ausfüllen wenn unter 6 „nicht möglich“ angekreuzt werden musste) | 0 | 0 | 5 |
| 7) Treppen steigen | 0 | 5 | 10 |
| 8) An-/ und Ausziehen | 0 | 5 | 10 |
| 9) Stuhlkontrolle | 0 | 5 | 10 |
| 10) Harnkontrolle | 0 | 5 | 10 |
| **PUNKTSUMME (Pluspunkte)** | (max. 100 Punkte)  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GESAMTPUNKTZAHL (Frühreha-Barthel-Index):**Beispiel: Barthel 10, Frühreha -150 = Gesamt -140 Punkte |  |

Alle im Rahmen Ihrer Behandlung erfassten personenbezogenen Daten werden nach den Gesichtspunkten der EU DS-GVO verarbeitet. Eine Löschung der erhobenen Daten erfolgt nach Erfüllung der vertragsgegenständlichen Leistungen und im Rahmen gesetzlicher Fristvorgaben. Aufgrund der Transparenzverpflichtung haben Sie jederzeit das Recht, den aktuellen Verarbeitungsbestand Ihrer Daten bei uns abzurufen und sich die im Rahmen Ihrer Behandlung verarbeiteten Daten aufzählen zu lassen (Art. 12).

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Datum Unterschrift des Arztes