



## Antragformular Geriatrische Rehabilitation

Tel: 02202 / 127 310

Fax: 02202 / 127 311

**Antragsformular für:**

Stationär

Anschlussheilbehandlung (Geriatrische Rehabilitation)

Antragsteller:

Ansprechpartner: Klinik/Hausarzt

Tel:

Stempel

**Patient** (Name, Vorname):

Geburtsdatum:

Anschrift:

Tel. Nr.:

Anspruchsberechtigt bei folgender Krankenkasse:

Vers.Nr. d. Krankenkasse:

Kostenübernahme beantragt am:

Zusatzversicherung/Beihilfe: ja  nein

Name/Anschrift:

Versicherungs. Nr.:

Wahlleistungen:

Chefarztbehandlung

Einbettzimmer

Zweibettzimmer

Voraussichtlicher Entlassungstermin: \_\_\_\_\_

Hauptdiagnosen, Datum des letzten Akutereignisses: \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

Nebendiagnosen: \_\_\_\_\_

---

---

Medikamente: \_\_\_\_\_

---



**Weitere Diagnosen und Symptome:**

**Infektionen** ja  nein

	selbstst- ändia	teilw. hilfsbe- dürftig	vollst. hilfsbe- dürftig
Welche: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen/Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprachstörung <input type="checkbox"/>		ja	nein
Schluckstörung <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochgr. Sehschwäche/Blindheit <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochgr. Schwerhörigk./Taubheit <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z. n Beinamput./eins./doppels. <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synkopen/Stürze <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontraktur <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemiparese <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paraparese <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Fraktur: <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilbelastung / Vollbelastung			

Bitte zutreffendes ankreuzen!

**Kommunikation:**

-Verstehen stark eingeschr.  leicht eingeschr.  nicht eingeschr.   
 -Sprache stark eingeschr.  leicht eingeschr.  nicht eingeschr.

**Gedächtnis/Orientierung:**

Verwirrt ja  zeitweise  nein   
 Unruhe tagsüber / nachts ja  zeitweise  nein   
 Weglauftendenz ja  zeitweise  nein   
 Beeinträchtigung der Gedächtnis-  
leistung und Orientierung ständig  zeitweise  nein

**Versorgung:**

vor Erkrankung zu Hause (selbst./mit Hilfe)  Heim (Pflege/Wohn)

geplant nach  
Rehabilitation zu Hause (selbst./mit Hilfe)  Heim (Pflege/Wohn)  nicht geklärt

**Derzeit verwendete Hilfsmittel:**

Rollstuhl  Gehhilfe  PEG  Blasenkatheter   
 Arm-/beinprothese  Hörgerät  Sonstige \_\_\_\_\_

**Rehabilitationsziel:**

Rückkehr in die eigene Wohnung  Altenwohnung  
 Rückkehr zu Verwandten  Pflegeplatz ist beantragt  
 Altenheim/Wohnbereich  Pflegeplatz ist nicht beantragt  
 Altenheim/Pflegebereich

**Bezugsperson: (Angehörige/Betreuer):** \_\_\_\_\_  
 (Adresse, sofern bekannt)

**Bemerkungen:**

**Eine Rehabilitationsmaßnahme ist medizinisch indiziert und notwendig, die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird hiermit beantragt.**

Datum, Stempel, Tel.Nr.:

Unterschrift des antragstellenden Arztes