

---

# Antrag auf Mobile Geriatrische Rehabilitationsleistungen nach & 40 Abs. 1, SGB V

Anschrift der Krankenkasse

Aufenthalt bei Antragstellung

## 1. Rehabilitand / in:

Name, Vorname: \_\_\_\_\_ ,

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Adresse des Versicherten: \_\_\_\_\_

Vers.-Nr. (wenn bekannt) / Krankenkasse: \_\_\_\_\_

Hausarzt: \_\_\_\_\_

Stationär ab: \_\_\_\_\_

Mobile Rehabilitation geplant ab:  sofort  
 Entlassung aus Akutbehandlung am \_\_\_\_\_

### Angaben zur geplanten Maßnahme:

## 2. Rehabilitationsbegründende Diagnose(n) (ICD 10):

-----  
-----  
-----

### 2.1. Weitere Erkrankungen

-----  
-----  
-----

## 3. Angaben zum bisherigen Krankheitsverlauf (Anamnese), (unter Berücksichtigung vorbestehender Aktivitätsbeeinträchtigungen):

-----  
-----  
-----  
-----  
-----

## 4. Aktuelle Schädigungen

-----  
-----

Kommentar: Schädigungen von Körperfunktion, z.B. mentaler Funktion, Schmerz, Gelenkfunktion und Herz- / Kreislauffunktion

#### 4.1. Aktueller Barthel-Index

Punkte	15	10	5	0	Gesamt
Essen					
Transfer					
Sich waschen					
Toilettenbenutzung					
Baden/Duschen					
Aufstehen/Gehen					
Treppensteigen					
An-/Auskleiden					
Stuhlkontinenz					
Urinkontinenz					
				<b>Summe</b>	

#### 4.2. Medikamente

**Pflegegrad:** kein  1  2  3  4  5

#### 5. Rehabilitationsbedarf

Es liegen komplexe Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe vor, die eine multimodale, rehabilitative Behandlung unter ärztlicher Leitung erfordern; ambulante Heilmittel sind nicht ausreichend.

Mobilität: \_\_\_\_\_

ADL-Kompetenz: \_\_\_\_\_

Nahrungsaufnahme: \_\_\_\_\_

Kommunikation: \_\_\_\_\_

Kognition: \_\_\_\_\_

Emotion: \_\_\_\_\_

Kommentar: in kurzen Stichpunkten global die Felder benennen: Z.B.: Nahrungsaufnahme: Schluckstörung  
Kognition: Tagesstrukturierung, Orientierung // Mobilität: Gangstörung, Sturzgefahr

#### 6. Rehabilitationsfähigkeit: Liegt derzeit 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 | <input type="checkbox"/> Fraktur ist übungstabil | <input type="checkbox"/> Fraktur 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"/> Sturzgefahr reduzieren/beseitigen |
| <input type="checkbox"/> Treppensteigen                       | <input type="checkbox"/> Laufen im Gelände                 |
| <input type="checkbox"/> mit Hilfsmittel                      | <input type="checkbox"/> Schmerzreduktion                  |
| <input type="checkbox"/> ohne Hilfsmittel                     |  |

### 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"/> Essenaufnahme | <input type="checkbox"/> Kontinenz | <input type="checkbox"/> Toilettenbenutzung |
| <input type="checkbox"/> ADL:          | _____                              |   |

### 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"/>                                |
| <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:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Kommentar: Wie wahrscheinlich ist es, dass das Rehaziel erreicht werden kann?

## 9. Derzeit verwendete Hilfsmittel: (bitte Zutreffendes unterstreichen)

Vorhanden: Rollstuhl / Toiletten-Stuhl / Toilettensitz-Erhöhung / Pflegebett / Decubitus-Matratze/ Haltegriffe / Lifter / Badewannen-Lifter / Duschsitz / Kompressionsstrümpfe/ Gehstock / Schienen / Prothesen / Korsett / Unterarmgehstützen / Rollator / Deltagehrad / 4 – Punkt – Stütze

---

## 10. 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 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- oder Sprachfunktion
- erhebliche Schädigungen der Seh- oder Hörfunktion

(siehe unter 2., 4. und 5.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Wir beantragen eine Kostenübernahme für**

**Therapieeinheiten (i.d.R. 45) /  
Therapietage (i.d.R.20).**

Die Maßnahme der mobilen geratrischen Rehabilitation wird durchgeführt:

- in der Wohnung des/der Patienten/in
- zunächst in Kurzzeitpflege
- 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

Bei Rückfragen: 0421 - 408 2656 Dr. von Rothkirch

Mobile Reha Bremen GmbH, Ellener Dorfstraße 9, 28325 Bremen  
Tel. 0421 - 69667-444, Fax: 0421 - 69697-958, Mail: info@more-bremen.de

---

## Entbindung von der Schweigepflicht / Auswertung von Daten

### Einverständniserklärung

Hiermit entbinde ich alle mich behandelnden Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht und bitte um kurzfristige Überlassung von Berichten, Röntgenbildern an den

Ärztlichen Dienst der Mobilen Reha Bremen, Ellener Dorfstraße 9, 28325 Bremen

Ich bin damit einverstanden, dass die Mobile Reha Bremen für mich einen Antrag auf mobile geriatrische Rehabilitation stellt.

Weiterhin willige ich ein, dass die Mobile Reha Bremen meine personenbezogenen Daten sowie relevante Informationen über meinen Gesundheitsstatus an Dritte weitergibt, soweit dies im Rahmen der Rehabilitation erforderlich ist.

Ich bin außerdem damit einverstanden, dass die Mobile Reha Bremen für Zwecke der Qualitätssicherung und –verbesserung sowie der Forschung meine Behandlungsdaten in anonymer Form statistisch auswertet bzw. zur Auswertung an andere Institutionen weiterleitet.

Mir ist bekannt, dass ich diese Erklärung jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

.....  
Name, Vorname

.....  
Geburtsdatum

.....  
Ort, Datum

.....  
Rehabilitand / Vertreter