|  |  |
| --- | --- |
| 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 Hirninfarkt  O Hirnblutung  O Schädel-Hirn-Trauma \_\_\_\_\_  O Andere: | **Relevante Nebendiagnosen:**  Isolierungspflichtig **(MRSA, MRGN, Clostridien)?**  ja, Keim \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  nein  Aktuelle 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** | verwirrt  Weglauftendenz: | 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