

Anhang 5: VORDERSEITE

I) ANMELDUNG FÜR AMBULANTE REHABILITATION ODER TRIAGE-ASSESSMENT

Patient		
Name, Vorname:	Geburtsdatum:	
Adresse:	Tel./Natel:	
Versicherer:	Vers.-Nr.:	
Diagnosen	ICD-10:	<input type="checkbox"/> Krankheit <input type="checkbox"/> Unfall <input type="checkbox"/> Früher durchgeführte Rehabilitation wann/wo
Primäres Rehabilitationsziel Neurorehabilitation		
<input type="checkbox"/> Gesteigerte Arbeitsfähigkeit in Beruf / Haushalt <input type="checkbox"/> Allgemeine Verbesserung der körperlichen Funktionen	<input type="checkbox"/> Verhinderung der Pflegebedürftigkeit <input type="checkbox"/> Verbesserung der Handlungsfähigkeit im Alltag	<input type="checkbox"/> Verbesserung des sozialen und kommunikativen Verhaltens <input type="checkbox"/> ...
Primäres Rehabilitationsziel Muskuloskelettale Rehabilitation		
<input type="checkbox"/> Gesteigerte Arbeitsfähigkeit Beruf / Haushalt <input type="checkbox"/> Allgemeine Verbesserung der körperlichen Funktionen	<input type="checkbox"/> Schmerzverminderung und/oder verbesserter Umgang mit den Schmerzen	<input type="checkbox"/> ...
Kriterien hinsichtlich ambulanter Rehabilitation		Bemerkungen
Funktions-einschränkung	<input type="checkbox"/> Wesentliche Einschränkungen bezüglich Arbeit und/oder Haushaltsarbeit <input type="checkbox"/> Andere wesentliche Funktionseinschränkungen: ... <input type="checkbox"/> Dauer dieser Funktionseinschränkungen > 6 Wochen	
Monotherapie	<input type="checkbox"/> Ziel/e mit Monotherapie nicht erreichbar <input type="checkbox"/> Monotherapie mit unbefriedigendem Resultat	
Motivation	<input type="checkbox"/> Patient/in zeigt sich für eine Rehabilitation motiviert. <input type="checkbox"/> Er/sie wurde über das angestrebte ambulante Rehabilitationsprogramm und insbesondere über die von ihm erwartete Eigenleistung informiert.	
Rehabilitations-potenzial	<input type="checkbox"/> Begründung:	
Chronifizierung	<input type="checkbox"/> Noch keine Chronifizierung <input type="checkbox"/> Deutliches Chronifizierungsrisiko erkennbar <input type="checkbox"/> Chronifizierung schon eingetreten <input type="checkbox"/> Einwirkung ungünstiger Kontextfaktoren: ...	
<i>Typische Merkmale für Chronifizierung: Symptomausweitung und -fokussierung → Schon- und Vermeidungsverhalten → Inaktivität → erhebliche Dekonditionierung; anhaltende psychische Belastung und Stressreaktion, sozialer Rückzug; u.a.</i>		
Ungünstige Kontextfaktoren	<input type="checkbox"/> Bereich Arbeit: ... <input type="checkbox"/> Bereich Familie: ... <input type="checkbox"/> Finanzielle Situation: ... <input type="checkbox"/> Wohnsituation: ... <input type="checkbox"/> ...	
Mehrfach-Probleme und Komorbiditäten	<input type="checkbox"/> ...	
Allgemeine Voraussetzungen	<input type="checkbox"/> Patient/in ist aufgrund der somatischen und psychischen Verfassung fähig, das vorgesehene ambulante Rehabilitationsprogramm zu absolvieren. <input type="checkbox"/> Er/sie ist körperlich und mental genügend belastbar. <input type="checkbox"/> Transport und externe Betreuung über Nacht sind gewährleistet.	
Anmeldung für	<input type="checkbox"/> Ambulante Rehabilitation <input type="checkbox"/> Triage-Assessment zwecks Evaluation des Rehabilitationspotentiales	
Arzt/Ärztin (Stempel): ZSR-Nr. / EAN-Nr.:		Datum/Unterschrift:

Anhang 5: RÜCKSEITE

II) STELLUNGNAHME DER REHABILITATIONSINSTITUTION

<input type="checkbox"/> Rehabilitationspotenzial ist vorhanden	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Vorabklärung mittels Arztkonsultation ist erfolgt (Bericht beilegen)	
<input type="checkbox"/> Vorabklärung mittels Triage-Assessment ist erfolgt (Bericht beilegen)	
<input type="checkbox"/> Stationäre Rehabilitation wird durch ambulante Rehabilitation ersetzt	
<input type="checkbox"/> Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation – einfaches Programm indiziert	
<input type="checkbox"/> Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation – komplexes Programm indiziert	
<input type="checkbox"/> Ambulante Neurorehabilitation indiziert	
<input type="checkbox"/> Zusatzposition Gehbad / Schwimmbad indiziert	
<input type="checkbox"/> Zusatzposition Hippotherapie indiziert	
<input type="checkbox"/> Stationäre Rehabilitation indiziert	
<input type="checkbox"/> Keine Rehabilitation indiziert	

III) ANTRAG FÜR KOSTENGUTSPRACHE REHABILITATIONSINSTITUTION

Pauschale	Anzahl Behandlungstage	Bemerkungen
Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation	<input type="checkbox"/> 15 Behandlungstage für 1. Kostengutsprache	
<input type="checkbox"/> einfache Tagespauschale	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> komplexe Tagespauschale	<input type="checkbox"/>	
Ambulante Neurorehabilitation	<input type="checkbox"/> Behandlungstage für 1. Kostengutsprache	
<input type="checkbox"/> Tagespauschale	<input type="checkbox"/>	
Geplantes Eintrittsdatum	<input type="checkbox"/>	
Klinik (inkl. ZSR-Nr. / EAN-Nr. Klinik) / Abteilung (Stempel):		Datum/Unterschrift:
Kontaktperson / Telefon:		

IV) ANTRAG FÜR ABKLÄRUNGEN VERSICHERER

<input type="checkbox"/> Vorabklärung mittels Arztkonsultation	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Vorabklärung mittels Triage-Assessment	

KOSTENGUTSPRACHE VERSICHERER

<input type="checkbox"/> Kostengutsprache für 15 Tage	Bemerkungen
<input type="checkbox"/> Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation, einfaches Programm	
<input type="checkbox"/> Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation, komplexes Programm	
<input type="checkbox"/> Ambulante Neurorehabilitation	
<input type="checkbox"/> Kostengutspracheverlängerung für Tage	
<input type="checkbox"/> Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation, einfaches Programm	
<input type="checkbox"/> Ambulante muskuloskelettale Rehabilitation, komplexes Programm	
<input type="checkbox"/> Ambulante Neurorehabilitation	
<input type="checkbox"/> Keine Kostengutsprache	
Begründung:	
Versicherung (Stempel):	Datum/Unterschrift:
Kontaktperson / Telefon:	