AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status

Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung von ambulanter / mobiler geriatrischer Rehabilitation

(vom zuweisenden Arzt auszufüllen)

Verordnung ambulanter Rehabilitation ☐

Verordnung mobiler Rehabilitation ☐

Tel.-Nr. des Patienten: _____ / _____

Tel.-Nr. der Kontaktperson: _____ / _____

A. Sozialanamnese

Wohnsituation allein lebend ☐ mit Angehörigen ☐ Betreutes Wohnen/ zusammenlebend ☐ Pflegeheim Kurzzeitpflege Seniorenheim ☐

Pflegebedarf Pflegegrad: 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ Kein PG ☐ PG beantragt ☐

Personeller Hilfebedarf Ja ☐ **Beratung durch die Krankenkasse** Ja ☐

Persönliches und soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch Angehörige oder soziale Dienste, Wohnsituation, Konflikte, Pflege oder Tod eines Angehörigen, Sprachprobleme)

_____

_____

B. Behandlungsrelevante Diagnosen nach ICD-10

Behandlungsrelevante Diagnosen nach ICD-10	ICD-10

C. Klinische Anamnese, aktuelle Beschwerden und Verlauf

_____

_____

_____

_____

D. Bisherige Maßnahmen

1. Ärztliche Intervention (fachärztlich, operativ, medikamentös u.ä.)

_____

_____

_____

Patient befindet sich derzeit in Krankenhausbehandlung: Nein ☐ stationär ☐ teilstationär ☐

Entlassung geplant am: _____ (Datum) (die Punkte 2 und 3 entfallen dadurch)

2. Heilmittel (in den letzten 12 Monaten): Physiotherapie ☐ Ergotherapie ☐ Logopädie ☐

3. Weiterhin durchgeführte Maßnahmen: Psychotherapie ☐ Rehasport/ Funktionstraining ☐ Ernährungsberatung ☐

Patientenschulung ☐ sonstige: _____

4. Hilfsmittel: Handstock ☐ Rollator ☐ Unterarmgehstütze ☐ Rollstuhl ☐ sonstige: _____

E. Behandlungsrelevante Schädigungen

Sturzneigung ☐
Mobilitätsstörung ☐
Sensibilitätsstörung ☐
Seh-/Hörstörung ☐
Fehl-/Mangelernährung ☐
Gewicht: _____(kg)
Größe: _____(cm)

Schwindel ☐
Schmerz ☐
Depression ☐
Dekubitus ☐
Inkontinenz ☐

Reduzierte körperliche Belastbarkeit ☐
Stimm-, Sprech-, Sprachstörung ☐
Schluckstörung ☐
kognitive Schädigung (z.B. Aufmerksamkeit, Merkfähigkeit, Konzentration, Gedächtnis, Orientierung, Handlungsplanung/-durchführung ☐
verhaltensbezogene Schädigungen (z.B. Angst, Wahnvorstellungen, Unruhe insbes. auch demenzielle Begleitsyndrome) ☐

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.

F. Barthel-Index (ggf. weitere relevante Assessmentbefunde bitte beifügen)

gemäß Hamburger Manual (bitte einkreisen)

					Relevantes Behandlungsziel?
1. Essen	0	5	10		☐
2. Transfer	0	5	10	15	☐
3. Persönliche Hygiene	0	5			☐
4. Toilettenbenutzung	0	5	10		☐
5. Selbständiges Baden	0	5			☐
6. Gehen auf Flurebene/Rollstuhlfahren	0	5	10	15	☐
7. Treppensteigen	0	5	10		☐
8. An- und Auskleiden	0	5	10		☐
9. Stuhlkontinenz	0	5	10		☐
10. Urinkontinenz	0	5	10		☐

Barthel-Index Summenscore: ☐

G. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen

Kommunikation ☐ Planen und Handeln/ Orientierung/ Gedächtnis ☐

Hauswirtschaftliche Verrichtungen ☐

Teilhabe an bedeutenden Lebensbereichen, am Gemeinschafts-, sozialen und öffentlichen Leben ☐

Sonstiges: _____

H. Behandlungsfähigkeit

Patient/in ist behandlungsfähig

Im Rahmen der AGRV ☐ (Belastbarkeit ausreichend für drei 30 minütige Übungsbehandlungen pro Tag, Aufsuchen der Einrichtung mit Laienhilfe möglich)

Im Rahmen der MGRV ☐ (Die Rehabilitationsfähigkeit und eine positive Rehaprognose kann nur für das gewohnte oder ständige Wohnumfeld festgestellt werden) ☐

mentaler Schädigung ☐

Seh-/ Hörstörung ☐

Stimm-/ Sprech-/ Sprachstörung

anderer Beeinträchtigungen: _____

I. Konkret zu benennende prioritäre Behandlungsziele

Behandlungsziel 1

_____

_____

Behandlungsziel 2

_____

_____

Behandlungsziel 3

_____

_____

Behandlungsziel 4

_____

_____

Datum ☐☐☐	Datum ☐☐☐ **Telefonnummer des zuweisenden Arztes:** _____ / _____ **Rückruf erbeten durch den Klinik-Geriater** ☐
Unterschrift des Patienten, der seinen Willen vertretenden Person oder des rechtlichen Betreuers	**Stempel / Unterschrift des zuweisenden Arztes**

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.

Ergänzende Befunde und Bewertungen (von der Rehabilitationseinrichtung auszufüllen)

L. obligatorische Assessmentbefunde

Timed „Up & Go“: Zeit: ____ sec.
Hilfsmittel genutzt: nein ☐ Unterarmgehstütze li ☐ re ☐ Handstock li ☐ re ☐
Rollator ☐ Gehbock ☐ Sonstiges:
Aufgabe nach 5 Min. nicht bewältigt ☐

Numerische Schmerzskala: Ruheschmerz _____ von 10 Schmerzspitze _____ von 10 (0-10)

Mini-Mental State Examination: _____ von 30 Pkte. / Bemerkungen:

Depressions-Screening gemäß TFDD: _____ von 20 Pkte.* / Bemerkungen:
* > 8 Pkte. deutet auf eine depressive Störung hin

M. optionale Assessmentbefunde

Geriatrische Depressionsskala: _____ von 15 Pkte. (nicht bei MMSE <= 20 Pkte.)
Montgomery-Asberg Depression Rating Scale: _____ von 60 Pkte.
Clock Completion Test (mod. n. Shulman 1993): _____ von 6 (Score) Hinweis auf kognitive Störung ☐
Hinweis auf Neglect ☐
Balance-Tests: Tandemstand _____ sec Semi-Tandemstand _____ sec Side by side Test _____ sec
Einbeinstand rechts _____ sec links _____ sec (normal 10, Abbruch jeweils bei 20 sec)

Stuhl-Aufsteh Test (5 x, Arme vor der Brust gekreuzt)**:** _____ sec (> 12 sec erhöhte Sturzgefahr, Abbruch > 60 sec)

Gait Speed Test (4 m)**:** ____ sec

Handkraftmessung: rechts _____ kp links _____ kp (Maximum aus 3 Messungen, Pausen > 15 sec)

Labyrinthtest: _____ sec Hinweis auf kognitive Störung ☐ Hinweise auf visuelle Störung ☐

20-Cents-Test: rechts ____ C/ ____ s links ____ C/ ____ s
(20 1-Cent-Münzen einzeln vom Tisch in eine Schale legen, Abbruch bei 60 s)

N. Durch den Klinik-Geriater konkret zu benennende Behandlungsziele unter Berücksichtigung der vom Zuweiser benannten Behandlungsziele

Behandlungsziel 1 vom Zuweiser übernommen? ☐ In Absprache mit Zuweiser modifiziert ☐

Behandlungsziel 2 vom Zuweiser übernommen? ☐ In Absprache mit Zuweiser modifiziert ☐

Behandlungsziel 3 vom Zuweiser übernommen? ☐ In Absprache mit Zuweiser modifiziert ☐

Behandlungsziel 4

O. Zusammenfassende Wertung durch den Klinik-Geriater

1. Besteht eine positive Behandlungsprognose hinsichtlich der Behandlungsziele aus Sicht des Klinik-Geriaters gemäß der vorliegenden Befunde? N ☐ J ☐

2. empfohlene Behandlung keine ☐ ambulante Reha ☐ mobile Reha ☐
geriatrische Krankenhausbehandlung: stationär ☐ teilstationär ☐
indikationsspezifische Rehabilitation ☐ Heilmittel ☐

3. Rückruf erbeten unter Telefonnummer: _____ / _____ durch die Krankenkasse ☐
durch den MDK ☐

4. Besondere Hinweise:
_____

Datum | | |

Stempel / Unterschrift des Klinik-Geriaters