

Beiblatt zum GRB-Antrag der Krankenkassen

Bitte beachten Sie: Sowohl der GRB-Antrag wie auch dieses Beiblatt müssen **vollständig** ausgefüllt sein, sonst wird die Bearbeitung des Antrags stark verzögert und eine zügige Aufnahme in unserem Haus unmöglich!

A) Zusätzliche Angaben, die bei jedem Antrag zu machen sind:

- **Besteht eine Verständigungsstörung?** Nein Ja, wegen: Dysarthrie/ Aphasie Sprachbarriere Kogn. Einschränkung
- **Gewicht Pat.:** _____ kg; **Größe Pat.:** _____ cm
- **Datum der Erstellung des Barthelindex:** _____
- **Infektiöser Pat.?** Nicht getestet Nein Ja:
 - Norovirus Clostridium difficile MRSA 3MRGN 4MRGN sonstiges: _____
 - Woraus nachgewiesen? _____
 - Wann nachgewiesen? _____
 - Compliance zur Einhaltung von Hygienemaßnahmen gegeben? Nein Ja
- **Bestehender Pflegegrad?** Nein Ja, PG _____
- **Erhält d. Pat. während der Reha kostenintensive spezifische Medikation** (z. B. Chemotherapeutika, EPO, Immunsuppressiva/ Biologika etc.)? Nein Ja: _____
 - Kann diese Medikation für die Dauer des Aufenthaltes pausiert werden? Nein Ja
 - Wird diese spezifische Medikation für die Dauer des ganzen Rehaaufenthaltes mitgebracht? Nein Ja
 - Falls nein:
 - Kosten/ Dosis? _____ €
 - Wie oft ist die Verabreichung/ Einnahme nötig? _____

B) Ergänzende Angaben, die bei Vorliegen des entsprechenden Merkmales zu machen sind:

- **Dysphagie:**
 - Nahrungsaufnahme beaufsichtigungspflichtig? Nein Ja
 - Spezielle Kostform, auch bei Sondenkost? Nein Ja: _____
- **Wunden:** Bei Vorliegen von Wunden, bitte Wundprotokolle beifügen!
- **Amputation:**
 - Stumpf verheilt und belastbar? Nein → bitte Wundprotokolle beifügen! Ja
 - Prothese bereits vorhanden? Nein Ja bestellt bei _____
 - Wünscht Pat. GRB, auch wenn Gehschule mit Prothese noch nicht möglich ist? Nein Ja
- **Kardiopulmonale Erkrankungen:**
 - Sauerstoffpflicht? Nein Ja, ___l/min durchgehend _____ Std./ Tag
 - Wird eigene Sauerstoffversorgung mitgebracht? Nein Ja, eigener Konzentrator Ja, eigenes mobiles Gerät
 - Bitte beachten: Bereitstellung/ Beschaffung eines eigenen Gerätes über GRB nicht möglich!**
- **Kognitive Störung, Orientierungsstörung:**
 - Beaufsichtigungspflicht wegen Orientierungs- oder Verhaltensstörung? Nein Ja häufig gelegentlich selten
 - Selbst-/ Fremdgefährdung? Nein Ja häufig gelegentlich selten
 - Nachts unruhig? Nein Ja häufig gelegentlich selten
- **Betreuung:**
 - Grund: _____
 - Name und Kontaktdaten Betreuer: _____
 - Bitte Betreuerausweis/ Gerichtsbescheid beifügen!
- **Pat. bereits aus Ihrer stationären Behandlung entlassen?** Nein Ja → bitte Entlassbrief beifügen

Antrag auf Geriatrische Rehabilitation

Verlegende Klinik (Name, Anschrift): Ansprechpartner (Name, Station, Telefonnummer) :	Vorgeschlagene GRB-Klinik (Name, Anschrift): Tel.: _____ Fax: _____
---	---

Patient (Name, Vorname, Geburtsdatum): 	
Anschrift (Straße, PLZ, Ort): 	
Krankenkasse:	Versichertennummer (der Krankenkasse):
Aufnahmetag im Krankenhaus:	Datum der vorgesehenen Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik:

Entscheidung der Krankenkasse

Der beantragten Behandlung für eine geriatrische Rehabilitation wird als

- stationäre geriatrische Rehabilitation
 ambulante geriatrische Rehabilitation

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

zugestimmt mit einer Verweildauer/ Behandlungsdauer für _____ Wochen.

wird nicht zugestimmt, weil

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

<u>Patient</u>	<u>Krankenkasse:</u>
-----------------------	-----------------------------

Rehabilitationsbegründende Diagnose (Verlegungsdiagnose):

ICD-10-Code: _____ · _____

Akutereignis am:

Weitere Diagnosen:

Bitte **geriatrische Besonderheiten** wie z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme, Dekubitus)

angeben:

<u>Barthel-Index</u>		
	<i>Bitte richtige Punktzahl ankreuzen</i>	
Essen	Unabhängig - benützt Geschirr und Besteck Braucht Hilfe, z. B. beim Schneiden Total hilfsbedürftig	10 5 0
Rollstuhltransfer	Unabhängig, inkl. Rollstuhlarretierung und Fußstützen (oder vollmobil) Minime Assistenz oder Supervision Kann aufsitzen, braucht jedoch Hilfe für Transfer Kann sich nicht selbst aufsetzen	15 10 5 0
Persönliche Pflege	Wäscht Gesicht, kämmt und/oder rasiert sich, putzt Zähne Braucht Hilfe	5 0
Toilette	Unabhängig bei Benützung der Toilette oder Bettschüssel Braucht Hilfe, z. B. für Gleichgewicht, Kleiderhandhabung, Papier Kann nicht auf die Toilette	10 5 0
Baden	Badet ohne Hilfe Badet mit Hilfe	5 0
Bewegung	Unabhängig, mindestens 50 m, ggf. mit Gehstützen Geht \geq 50 m mit geringer Hilfe Geht $<$ 50 m mit geringer Hilfe oder fährt allein Rollstuhl \geq 50 m Kann sich selbst im Rollstuhl nicht oder $<$ 50 m fortbewegen	15 10 5 0
Treppensteigen	Unabhängig, ggf. mit Gehhilfe Braucht Hilfe oder Supervision Kann nicht Treppen steigen	10 5 0
Ankleiden	Unabhängig, inkl. Schuhe anziehen Hilfsbedürftig - kleidet sich mindestens zur Hälfte selbst an Total hilfsbedürftig	10 5 0
Stuhlkontrolle	Kontinent Kontinent mit Hilfe oder gelegentlich inkontinent Dauernd inkontinent	10 5 0
Urinkontrolle	Kontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter selbst bedienen Teilweise inkontinent - braucht Hilfe beim Katheter Inkontinent - kann Windeln, Vorlagen, Katheter nicht selbst bedienen	10 5 0
Summe		

Angaben zur Operation

Datum der Operation:	Art der Operation:
Angaben zum Verlauf/Komplikationen:	
Im Falle von Frakturen / Gelenkersatz-Operationen: Die Extremität ist <input type="checkbox"/> voll belastbar <input type="checkbox"/> nur teilbelastbar mit _____ kg bis zum <input type="checkbox"/> nicht belastbar	

Medikation (Anzahl der verschiedenen Medikamente pro Tag):

keine Medikamente 1 - 4 Medikamente 5 und mehr Medikamente

Störungen der Sprache und des Sprechens:

Aphasie Dysarthrie Dysphonie _____

Störungen der Ernährung:

Der Patient ist Schluckstörung Essschwäche Trinkschwäche
 untergewichtig normalgewichtig übergewichtig

Sehen: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Hören: nicht beeinträchtigt beeinträchtigt stark beeinträchtigt

Störungen der Kognition:

Gedächtnisstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise
Orientierungsstörung: keine leichte mäßige schwere zeitweise
sonstige Störungen: Aufmerksamkeit Wahrnehmung Neglect Apraxie

ggf. Erläuterungen: _____

Störungen der Psyche:

Depression Vigilanz Unruhe
 Weglauftendenz Psychotische Phänomene _____

Steht der Patient unter rechtlicher Betreuung?

Falls ja, bitte Name und Adresse des vom Gericht
bestellten Betreuers angeben:

nein ja noch zu klären/ beantragen

Versorgung vor der Krankenhausaufnahme/Erkrankung:

zuhause alleine selbständig zuhause alleine mit Unterstützung Alten-/ Wohnheim
 zuhause mit pflegefähigen Angehörigen zuhause mit pflegebedürftigen Angehörigen Pflegeheim

Derzeit verwendete Hilfsmittel:

Rollstuhl Rollator o. ä. UA-Gehstützen OS/US-Prothese
 PEG-Sonde Nasen-Magen-Sonde Stoma Hörgerät
 Windeln Dauerkatheter Suprapubische Fistel Urinalkondom
 sonstige

Derzeitige Therapie:

Derzeit im Krankenhaus durchgeführte Rehabilitationsmaßnahmen:

Krankengymnastik täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
Ergotherapie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)
Logopädie täglich wöchentlich (1x 2x 3x)

Mitwirkung bei Therapie und Pflege

aktiv aktiv nach Aufforderung passiv

Im GRB-Verfahren sind folgende **Hauptdiagnosen** zugelassen:

- Folgezustand nach gefäßbedingten Gehirnfunktionsstörungen - insbesondere Schlaganfall
- Folgezustand nach operativ und konservativ versorgten Frakturen und Gelenkschäden
- Folgezustand nach Amputationen
- sonstige (z. B. wie entzündliche und degenerative Erkrankungen des Stütz- und Bewegungsapparates; Diabetes Mellitus mit diabetesbedingten Spätschäden; peripher-arterielle Verschlusskrankheit; ischämische Herzkrankheiten; Folgezustand nach Pneumonie; neurologische Erkrankungen - insbesondere Morbus Parkinson und Parkinson-Syndrom; Folgezustand nach schweren chirurgischen Eingriffen)
- spezifische geriatrische Funktionsstörungen (z. B. Immobilität, Sturzsyndrom bzw. rezidivierende Stürze, Kontinenzprobleme, intellektueller Abbau, Dekubitus, Störungen bei der Ernährung und der Flüssigkeitsaufnahme)

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen?

Der Patient befindet sich seit dem _____ (bitte Datum angeben) in stationärer Krankenhausbehandlung.

Eine Verlegung in die geriatrische Rehabilitationsklinik könnte ab dem _____ (bitte Datum angeben) erfolgen.

Als ambulante / stationäre (nicht zutreffendes bitte streichen) geriatrische Rehabilitationsklinik wird vorgeschlagen:

Hiermit werden Rehabilitationsnotwendigkeit und -fähigkeit bestätigt.

Erläuterungen:

Rehabilitationsnotwendigkeit ist gegeben, um erworbene gesundheitliche Defizite zu mindern, insbesondere auch, um Selbständigkeit im täglichen Leben wiederzuerlangen oder zu verbessern, um Hilfe- und Pflegebedarf zu vermindern oder um bei drohender oder beginnender Verschlechterung den Gesundheitszustand zu erhalten.

Rehabilitationsfähigkeit liegt vor, wenn bei der Patientin / dem Patienten ein Rehabilitationspotential zum Verlegungszeitpunkt erkennbar ist; insbesondere muss die Fähigkeit zur Mitarbeit bei therapeutischen Maßnahmen gegeben sein.

Bemerkungen:

Datum

Stempel

Unterschrift des verlegenden Arztes

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 2 Nr. 2 und Abs. 4 SGB X): Die vorgenannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf Rehabilitationsmaßnahmen notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind §§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. 40 SGB V. Ihre Auskunftspflicht ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 9 SGB V i. V. m. § 100 Abs. 1 SGB X.

Dieses Antragsformular ersetzt nicht den Verlegungsarztbrief.

Um Rückfragen zu vermeiden wird gebeten, dem Patienten bei Verlegung die wichtigsten medizinischen Informationen (Anamnese-Daten, Laborbefunde, technische Untersuchungsbefunde, Röntgenbilder, etc.) mitzugeben.

Name und Telefonnummer*

der nächsten Bezugsperson des Patienten:

Zustimmungserklärung des Patienten

Ich bin damit einverstanden, dass meine Krankenkasse von den im Antrag aufgeführten behandelnden Ärztinnen/Ärzten, Krankenhäusern und genannten Leistungsträgern bzw. -erbringern ärztliche Unterlagen und Auskünfte anfordern und verarbeiten kann, soweit diese für die Beurteilung und Entscheidung über meinen Antrag auf Vorsorge- bzw. Rehabilitationsmaßnahmen erforderlich sind. Insoweit entbinde ich die oben genannten Personen bzw. Stellen von ihrer Schweigepflicht.

Ich gestatte die Weitergabe der Angaben an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zur Prüfung der Notwendigkeit der Maßnahme sowie die Übermittlung der von diesem erstellten Gutachten an meine Krankenkasse.

Ich willige ein, dass meine Krankenkasse zur Auswahl einer geeigneten Einrichtung die Angaben an Leistungserbringer übermittelt sowie der behandelnden Einrichtung zur Verfügung stellt.

Darüber hinaus können Empfänger Ihrer Daten im Rahmen gesetzlicher Pflichten und Mitteilungsbefugnisse auch weitere Dritte oder von uns beauftragte Dienstleister sein.

Meine im Rahmen der vorstehend genannten Zwecke erhobenen persönlichen Daten werden unter Beachtung der Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) verarbeitet (das beinhaltet u. a. Erheben, Speichern, Verwenden).

Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Daten erfolgt auf freiwilliger Basis.

Mein Einverständnis kann ich ohne für mich nachteilige Folgen verweigern bzw. jederzeit mit Wirkung für die Zukunft widerrufen. Mir ist bekannt, dass dies nicht die Rechtmäßigkeit der bisher auf der Grundlage dieser Einwilligung erfolgten Verarbeitung berührt.

Meine Widerrufserklärung kann ich direkt an meine Krankenkasse richten.

Datum

Unterschrift des Patienten oder der Hilfsperson
gem. erklärtem Willen des Patienten oder rechtlicher Betreuer

Datenschutzhinweis (§ 67a Abs. 3 SGB X): Die in diesem Antrag genannten Daten sind zur Prüfung des Anspruchs auf medizinische Rehabilitationsmaßnahmen und zur Auswahl einer geeigneten Einrichtung notwendig. Rechtsgrundlagen für die Datenerhebung sind § 284 Abs. 1 Nr. 4 i. V. m. § 40 SGB V sowie § 284 Abs. 1 Nr. 17 SGB V. Möglicher Empfänger Ihrer Daten ist der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i. V. m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V). Ihre Mitwirkung ist zur Bearbeitung des Antrags auf medizinische Leistungen zur Vorsorge/Rehabilitation erforderlich, wozu Sie gemäß §§ 60 und 66 SGB I verpflichtet sind. Fehlt Ihre Mitwirkung, kann dies zu Nachteilen bei der Leistungsgewährung führen. Die mit * markierten Angaben sind freiwillig. Sie dienen der schnellen Kontaktaufnahme bei Rückfragen zu Ihren Angaben.