

II.3. Komplikationen im aktuellen Behandlungsverlauf

☐ nein

☐ ja

Wenn ja

☐ im direkten Zusammenhang mit der AR führenden Diagnose (z. B. postop. Luxation der Endoprothese)

☐ kardiovaskulär (z. B. Herzinfarkt, Embolie)

☐ sonstige (z. B. Pneumonie, Dekubitus)

Besiedelung mit multiresistenten Keimen?

☐ ja, welche Keime?

☐ nein

☐ nicht bekannt

II.4. Drohen oder bestehen ohne die Durchführung der beantragten Anschlussrehabilitation längerfristige (>6 Monate) alltagsrelevante Beeinträchtigungen?

(Beurteilung zum Zeitpunkt der Entlassung)

ICF-Domäne	ITEM	Professionelle Hilfe		Laienhilfe		selbständig		Punkte
		Total	Kontakt -hilfe	Kontakt -hilfe	Assis-tenz	Mit HiMi	Ohne HiMi	
		0	1	2	3	4	5	
Selbstversorgung	Essen, Trinken							
	An- und Ausziehen							
	Persönliche Hygiene							
	Waschen, Duschen							
	Stuhlkontrolle							
	Harnkontrolle							
	Toilettengang							
Mobilität	Transfer							
	Rollstuhlnutzung							
	Gehen							
	Treppensteigen							
Kommunikation	Hörverstehen							
	Sprechen							
Lernen & Wissen anwenden	Lesen & verstehen							
	Schreiben							
allg. Aufgaben & Anforderungen	Orientierung/ Gedächtnis							
	Dauerkonzentration							
	Planen & Probleme lösen							
sozial Interaktion	Soziales Verhalten							
häusliches Leben	Haushaltsführung							
Gesamtscore								

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

Version 3.0 - Stand: 01.04.2026

S. 2 / 5

III. Rehabilitationsfähigkeit			
III.1. Besteht eine ausreichende körperliche und psychisch/kognitive Belastbarkeit, um an der Therapie teilzunehmen? ☐ nein ☐ ja			
III.2. Weitere Informationen zur Belastbarkeit bei Operationen am Bewegungsapparat ☐ voll belastbar ☐ teilbelastbar mit bis zu: kg ☐ übungstabil Anpassung einer Interimsprothese ist erfolgt: ☐ ja ☐ nein Besonderheiten:			
III.3. Kriterien aus dem Frühreha-Index (FR-Index) für die Zuweisung in die neurologische Rehabilitation i.S.d. Phasenmodells der BAR (außer Phase D) <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung </td> </tr> </table>		☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung	☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung
☐ intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand ☐ intermittierende Beatmung ☐ beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) ☐ schwere Verständigungsstörung	☐ absaugpflichtiges Tracheostoma ☐ beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) ☐ beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung		
IV. Rehabilitationsziele/-prognose			
Welches sind die realistischen, alltagsrelevanten Rehabilitationsziele unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen? 			
V. Zusammenfassende Bewertung und Einschätzung			
V.1. Schwerpunkt der Rehabilitationsmaßnahme <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> ☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie </td> </tr> </table>		☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige	☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie
☐ Krankheiten des Herzens und des Kreislaufs ☐ Krankheiten der Gefäße ☐ Entzündlich-rheumatische Erkrankungen ☐ Konservativ und operativ behandelte Erkrankungen des Bewegungsapparates ☐ Gastroenterologische Erkrankungen ☐ Endokrine Krankheiten ☐ Krankheiten der Atmungsorgane ☐ Nephrologische Erkrankungen ☐ Urologische Erkrankungen ☐ Sonstige	☐ Neurologische Erkrankungen ☐ Onkologische Erkrankungen ☐ Gynäkologische Erkrankungen ☐ Hauterkrankungen ☐ Psychosomatische psychovegetative Erkrankungen ☐ Psychische Erkrankungen ☐ Suchterkrankungen ☐ Krankheiten des Blutes und der Blutbildungsorgane ☐ Geriatrie		

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

V.2. Welche Rehabilitationsart wird empfohlen?

- ☐ ambulant ☐ ambulant mobil, weil (z. B. notwendiger Einbezug des Lebensumfeldes, schwere Orientierungsstörung):
- ☐ stationär, weil (z. B. Immobilität, Defizite bei der Selbstversorgung):

V.3. Auf Grundlage der vorgenommenen Bewertung und der o.g. Angaben ist nach Einschätzung der Krankenhausärztin/des Krankenhausarztes ein Fall nach § 16 Reha-RL gegeben

- ☐ nein ☐ ja, weil:
- ☐ Myokardinfarkt
 - ☐ Koronar-Arterielle Bypass-Operation auch in Kombination mit einem Herzklappenersatz
 - ☐ Herzinsuffizienzen ab NYHA II
 - ☐ endoprothetische Versorgung von Knie- oder Hüftgelenk
 - ☐ spezifische Rückenschmerzen mit hohem Chronifizierungsrisiko
 - ☐ Spinalkanalstenose/Enger Spinalkanal/Rezessusstenose
 - ☐ Major Amputation an der unteren Extremität (proximal des Fußes)
 - ☐ Krankheiten der Atmungsorgane einschließlich Operationen
 - ☐ Neurologische Krankheiten einschließlich Operationen an Gehirn, Rückenmark und an peripheren Nerven, wenn sich eindeutig eine Phasenzuordnung zur Phase D (gemäß BAR-Phasenmodell) aus den Feststellungen im ärztlichen Befundbericht sowie den Antragsunterlagen ableiten lässt
 - ☐ Onkologische Krankheiten
 - ☐ Organ-Transplantationen und –Unterstützungssysteme
 - ☐ geriatrische Anschlussrehabilitation bei Patientinnen und Patienten mit einer geriatrietypischen Multimorbidität und einem erhöhten Lebensalter (70 Jahre oder älter)

Weitere relevante Informationen für die Durchführung der Rehabilitation**VI.1. Werden besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gestellt?**

- ☐ nein ☐ ja, und zwar wegen:
- ☐ Dialyse, welches Verfahren
 - ☐ Chemotherapie ☐ Immunsuppressiva Katheter ☐ PEG
 - ☐ Isolationspflicht ☐ Beatmung Tracheostoma ☐ Weaning
 - ☐ OS/US-Prothese ☐ gravierende Hör-, Seh- und Sprechbehinderung
 - ☐ Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person; Pflegegrad (soweit bekannt):
 - ☐ Dekubitus, Stadium:
 - ☐ sonstiges

Körpergröße: cm Körpergewicht: kg

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertenr.:

Geb.Datum:

VI.2. Welches Verkehrsmittel ist für die Anreise voraussichtlich medizinisch notwendig?

☐ öffentliches Verkehrsmittel

☐ PKW

☐ Taxi/Mietwagen

☐ KTW, da medizinisch-fachliche Betreuung und/oder Einrichtung notwendig, ist wegen

☐ Rollstuhltransport

☐ Tragestuhltransport

☐ Liegendtransport

☐ keine Anreise erforderlich, da mobile Rehabilitation

Ist für die Anreise eine Begleitperson erforderlich? ☐ ja ☐ nein

VI.3. Kontaktdaten der behandelnden Krankenhausärztin/des behandelnden Krankenhausarztes:

Name, Vorname

Telefon-Nr. für Rückfragen

Datum

Unterschrift der/des behandelnden Krankenhausärztin/-arztes

Stempel

Datenschutzhinweis (§ 82a Abs. 2 SGB X):

Die Daten werden zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkasse nach § 284 SGB V und dabei im Einzelnen zur Prüfung der Leistungspflicht (§ 284 Abs. 1 Nr. 4 i.V.m. § 40 SGB V), für eine mögliche Beteiligung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (§ 284 Abs. 1 Nr. 7 SGB V i.V.m. §§ 275 Abs. 2 Nr. 1, 276 und 277 SGB V) sowie Erfüllung der Aufgaben der Krankenkassen als Rehabilitationsträger nach dem SGB IX (§ 284 Abs. 1 Nr. 18 SGB V) benötigt.

Krankenkasse:

Name:

Vorname:

Versichertennr.:

Geb.Datum: