



Weitere Diagnosen und Symptome

Infektionen ja nein

Welche

		selbstständig	teilw. hilfs- bedürftig	vollst. hilfs- bedürftig
Sprachstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Schluckstörung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochgr. Sehschwäche/Blindheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hochgr. Schwerhörigk./Taubheit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Z. n. Beinamput./eins./doppels	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dekubitus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Synkopen/Stürze	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kontraktur	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hemiparese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Paraparese	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
bei Fraktur:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Teilbelastung/Vollbelastung				
Fortbewegung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen/Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hinsetzen/Aufstehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lagern zur Nachtruhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bettlägerig	<input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	
Urininkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stuhlinkontinenz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Anus Praeter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kommunikation

Verstehen stark eingeschr. leicht eingeschr. nicht eingeschr.
 Sprache stark eingeschr. leicht eingeschr. nicht eingeschr.

Gedächtnis/Orientierung

Verwirrt ja zeitweise nein
 Unruhe tagsüber/nachts ja zeitweise nein
 Weglauftendenz ja zeitweise nein
 Beeinträchtigung der Gedächtnis-
 leistung und Orientierung ständig zeitweise nein

Versorgung

vor Erkrankung zu Hause Heim
 (selbst./mit Hilfe) (Pflege/Wohn)
 geplant nach Rehabilitation zu Hause Heim nicht geklärt
 (selbst./mit Hilfe) (Pflege/Wohn)

Derzeit verwendete Hilfsmittel

Rollstuhl Gehhilfe PEG Blasenkatheter
 Arm-/Beinprothese Hörgerät Sonstige

Rehabilitationsziel

Rückkehr in die eigene Wohnung Altenwohnung
 Rückkehr zu Verwandten Pflegeplatz ist beantragt
 Altenheim/Wohnbereich Pflegeplatz ist nicht beantragt
 Altenheim/Pflegebereich

Bezugsperson (Angehöriger/Betreuer)

Adresse (sofern bekannt)

Bemerkung

Bei ambulanten/teilstationären Patienten Empfohlene Behandlungsdauer Tage

Eine Rehabilitationsmaßnahme ist medizinisch indiziert und notwendig, die Kostenübernahme durch die Krankenkasse wird hiermit beantragt.

Datum, Stempel, Tel.

Unterschrift des antragstellenden Arztes