|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Verordnung zur Durchführung**  **einer Komplexen Stationären Rehabilitation (KSR)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unfallversicherungsträger | | | | | | | | | | | | | | | Mit der KSR darf erst begonnen werden, sobald die Genehmigung des UV-Trägers vorliegt oder wenn 24 Stunden nach Übersendung dieser Verordnung an den UV-Träger von diesem keine Antwort vorliegt. Wochenenden und Feiertage verlängern diese Frist. Eine Verlängerung muss mindestens eine Woche vor Ablauf der vorgesehenen Behandlungsdauer vom Arzt/von der Ärztin beim UV-Träger schriftlich beantragt werden. | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Name der versicherten Person | | | | Vorname | | | | | | | Geburtsdatum | | | |  | | | | | | | | | | |
| […] | | | | […] | | | | | | | […] | | | |  | | | | | | | | | | |
| Vollständige Anschrift | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Beschäftigt als | | | | | | | | | | Seit | | | | | Telefon-Nr. | | | | | Staatsangehörigkeit | | | | Geschlecht | |
| […] | | | | | | | | | | […] | | | | | […] | | | | | […] | | | | […] | |
| Unfallbetrieb (Name, Anschrift und Telefon-Nr. des Unternehmens, der Kita, der (Hoch-)Schule, der pflegebedürftigen Person) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Unfalltag | | Az. des UV-Trägers | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Diagnosen** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diagnose (Freitext) | | | | | | | ICD 10 | | | | | | OP-Datum | | | | | Art der Versorgung | | | | AO-Klassi- fikation | | | VAV / SAV  nach Ziffer |
| 1. […] | | | | | | | […] | | | | | | […] | | | | | […] | | | | […] | | | […] |
| 2. […] | | | | | | | […] | | | | | | […] | | | | | […] | | | | […] | | | […] |
| 3. […] | | | | | | | […] | | | | | | […] | | | | | […] | | | | […] | | | […] |
| 4. […] | | | | | | | […] | | | | | | […] | | | | | […] | | | | […] | | | […] |
| **Isolationspflichtig** | | | | | Grund: | | | […] | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
|  | | |  | | | | |  | | | | | | | | | | | | |  | | | | |
| **Pflegebedürftigkeit** | | | | | Nein | | | | Ja, da Barthel-Index ≤ 65 (gemäß Anlage): | | | | | | | | | | | | […] Punkte | | | |  |
| **Behandlungsrelevante unfallunabhängige Diagnose(n) und Kontextfaktoren** (Freitext und ICD 10) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| […] | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Therapieziel** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nahtloser Übergang in die weiterführende Reha-Phase | | | | | | | | | | | | | | […] | | | Arbeitsfähigkeit nach KSR | | | | | | | | |
| Nahtloser Übergang in die arbeitsplatzbezogene Therapie | | | | | | | | | | | | | | | | | ABE-Fähigkeit nach KSR | | | | | | | | |
| **Geplante Therapieumfänge (KSR-spezifische Besonderheiten)**  (Gesamtaufwand mind. 4-5 Stunden tägl., 6 Tage/Woche, überwiegend Einzeltherapie) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Therapie | | | | | | | | | | | | Einheiten wöchentlich | | | | | | | Einzeltherapie | | | | Gruppentherapie | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | |  | | | |  | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | |  | | | |  | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | |  | | | |  | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | |  | | | |  | | |
| […] | | | | | | | | | | | | […] | | | | | | |  | | | |  | | |
| **Fachärztliche Befundkontrolle** […] mal wöchentlich | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Hinzuzuziehende Fachdisziplinen** (ggf. einschließlich Diagnostik) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Radiologie | | | | | […] | | | | | | | | |  | Techn. Orthopädie | | | | […] | | | | | |
|  | Neurologie | | | | | […] | | | | | | | | |  | Psychologie | | | | […] | | | | | |
|  | Schmerztherapie | | | | | […] | | | | | | | | |  | […] | | | | […] | | | | | |
|  | HNO | | | | | […] | | | | | | | | |  |  | | | |  | | | | | |
| Behandlungsbeginn | | | | | | | | | | | | | | | Behandlungsdauer | | | | | | | | | | |
|  | sofort | | | | |  | | | | | | | | |  | 3 Wochen | | | | | | | | | |
|  | am (Datum) | | | | | […] | | | | | | | | |  | 4 Wochen | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Datum  […] | | | | Unterschrift der verordnenden Ärztin/des verordnenden Arztes (Funktion/Abteilung, Praxis/Einrichtungsangabe) |
| Fax-Nr. (verordnende Ärztin/verordnender Arzt)  […] | | | | […] |
| **Genehmigung** | | Ja | Nein, Information folgt | |
| Datum | Unterschrift der Sachbearbeitung | | | Anschrift/Stempel des Unfallversicherungsträgers |
| […] |  | | | […] |

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Institutionskennzeichen (IK)**  […] |
| **Verteiler für Verordnung** UV-Träger | **Verteiler für Genehmigung** BG Klinik, vorbehandelnde Ärztin/vorbehandelnder Arzt (Name): […] |

**Anlage**Der Barthel-Index ist der Verordnung beizufügen, wenn eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.

Hinweis:

Barthel-Index entspricht der Kurzfassung des Hamburger Manuals.

Informationen zum Barthel-Index und zum Früh-Reha-Index finden Sie auf der Webseite des DIMDI (Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information) oder des BfArM (Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **FR- Index (Früh-Reha-Index) :** | Nein = 0 Punkte | Ja = -50 Punkte |
| Intensivmedizinisch überwachungspflichtiger Zustand | […] | |
| Absaugpflichtiges Tracheostoma | […] | |
| Intermittierende Beatmung | […] | |
| Beaufsichtigungspflichtige Orientierungsstörung (Verwirrtheit) | […] | |
| Beaufsichtigungspflichtige Verhaltensstörung (mit Eigen- und/oder Fremdgefährdung) | […] | |
| Schwere Verständigungsstörung | […] | |
| Beaufsichtigungspflichtige Schluckstörung | […] | |
| **Summe für FR-Index** | **[…]** | |
| **Bitte beachten: Beträgt der FR-Index nicht „0“ so ist die Summe negativ!** |  | |

**Barthel-Index:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Essen**(Punktwert eintragen)**:** | […] |
| Komplett selbständig oder selbständige PEG-Beschickung/-Versorgung | 10 Punkte |
| Hilfe bei mundgerechter Vorbereitung, aber selbständiges Einnehmen oder Hilfe bei PEG Beschickung/-Versorgung | 5 Punkte |
| Kein selbständiges Einnehmen und keine MS/PEG-Ernährung | 0 Punkte |
| **Aufsetzen** **und Umsetzen**  (Punktwert eintragen) | […] |
| Komplett selbständig aus liegender Position in (Roll-)Stuhl und zurück | 15 Punkte |
| Aufsicht oder geringe Hilfe (ungeschulte Laienhilfe) | 10 Punkte |
| Erhebliche Hilfe (geschulte Laienhilfe oder professionelle Hilfe) | 5 Punkte |
| Wird faktisch nicht aus dem Bett transferiert | 0 Punkte |
| **Sich waschen** (Punktwert eintragen) | […] |
| Vor Ort komplett selbständig inkl. Zähneputzen, Rasieren, Frisieren | 5 Punkte |
| Erfüllt „5“ nicht | 0 Punkte |
| **Toilettenbenutzung** (Punktwert eintragen) | […] |
| Vor Ort komplett selbständige Nutzung von Toilette oder Toilettenstuhl inkl. Spülung / Reinigung | 10 Punkte |
| Vor Ort Hilfe oder Aufsicht bei Toiletten- oder Toilettenstuhlbenutzung oder deren Spülung / Reinigung erforderlich | 5 Punkte |
| Benutzt faktisch weder Toilette noch Toilettenstuhl | 0 Punkte |
| **Baden/Duschen** (Punktwert eintragen) | […] |
| Selbständiges Baden oder Duschen inkl. Ein-/Ausstieg, sich reinigen und abtrocknen | 5 Punkte |
| Erfüllt „5“ nicht | 0 Punkte |
| **Aufstehen und Gehen**  (Punktwert eintragen) | […] |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m ohne Gehwagen (aber ggf. mit Stöcken/Gehstützen) gehen | 15 Punkte |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe vom Sitz in den Stand kommen und mindestens 50 m mit Hilfe eine Gehwagens gehen | 10 Punkte |
| Mit Laienhilfe oder Gehwagen vom Sitz in den Stand kommen und Strecken im Wohnbereich bewältigen  Alternativ: im Wohnbereich komplett selbständig im Rollstuhl | 5 Punkte |
| Erfüllt „5“ nicht | 0 Punkte |

|  |  |
| --- | --- |
| **Treppensteigen** (Punktwert eintragen) | […] |
| Ohne Aufsicht oder personelle Hilfe  (ggf. inkl. Stöcken/Gehstützen) mindestens ein Stockwerk hinauf- und hinuntersteigen | 10 Punkte |
| Mit Aufsicht oder Laienhilfe mind. ein Stockwerk hinauf und hinunter | 5 Punkte |
| Erfüllt „5“ nicht | 0 Punkte |
| **An- und Auskleiden** (Punktwert eintragen) | […] |
| Zieht sich in angemessener Zeit selbständig Tageskleidung, Schuhe (und ggf. benötigte Hilfsmittel z. B. Antithrombose-Strümpfe, Prothesen) an und aus | 10 Punkte |
| Kleidet mindestens den Oberkörper in angemessener Zeit selbständig an und aus, sofern die Utensilien in greifbarer Nähe sind | 5 Punkte |
| Erfüllt „5“ nicht | 0 Punkte |
| **Stuhlinkontinenz** (Punktwert eintragen) | […] |
| Ist stuhlkontinent, ggf. selbständig bei rektalen Abführmaßnahmen | 10 Punkte |
| Ist durchschnittlich nicht mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent oder benötigt Hilfe bei rektalen Abführmaßnahmen / AP-Versorgung | 5 Punkte |
| Ist durchschnittlich mehr als 1x/Woche stuhlinkontinent | 0 Punkte |
| **Harninkontinenz** (Punktwert eintragen) | […] |
| Ist harnkontinent oder kompensiert seine Harninkontinenz / versorgt seinen DK komplett selbständig und mit Erfolg (kein Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) | 10 Punkte |
| Kompensiert seine Harninkontinenz selbständig und mit überwiegendem Erfolg (durchschnittlich nicht mehr als 1x/Tag Einnässen von Kleidung oder Bettwäsche) oder benötigt Hilfe bei Versorgung des Harnkathetersystems | 5 Punkte |
| Ist durchschnittlich mehr als 1x/Tag harninkontinent | 0 Punkte |
| **Summe Barthel-Index (max. 100)** | **[…]** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Summe FR-Index (Übertrag)** | **[…]** |
| **Summe Gesamt FRB-Index** | **[…]** |