

Beiblatt

Ergänzende Informationen zur Antragstellung über Maßnahmen der medizinischen Rehabilitation.

**Vom Patient /Patientin auszufertigen**

PatientIn: ..... VSNR: .....

**Rehabilitationsbedürftigkeit:**

relevante Behinderung bei Aktivitäten des täglichen Lebens

<b>Essen</b>	<input type="checkbox"/> Unabhängig, benutzt Geschirr und Besteck <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe, z.B. beim Schneiden <input type="checkbox"/> Völlig hilfsbedürftig
<b>Baden od. Duschen</b>	<input type="checkbox"/> Badet oder duscht ohne jede Hilfe <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe
<b>Waschen</b>	<input type="checkbox"/> Wäscht Gesicht, kämmt-, rasiert-, schminkt sich <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe
<b>Ankleiden</b>	<input type="checkbox"/> Unabhängig inkl. Schuhe anziehen <input type="checkbox"/> Hilfsbedürftig, kleidet sich teilweise selbst <input type="checkbox"/> Völlig hilfsbedürftig
<b>Toiletten- gang</b>	<input type="checkbox"/> Unabhängig inkl. Analreinigung <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe, z.B. bei Kleidung, Reinigung <input type="checkbox"/> Kann Toilette/Nachtstuhl nicht benützen
<b>Bett- Stuhl- Transfer</b>	<input type="checkbox"/> Völlig unabhängig hin und zurück <input type="checkbox"/> Minimale Assistenz oder Supervision <input type="checkbox"/> Aufsetzen im Bett möglich, für Transfer Hilfe <input type="checkbox"/> Bettlägerig (sich aufsetzen nicht allein möglich)
<b>Gehen</b>	<input type="checkbox"/> 50 m unabhängiges Gehen (evtl. mit Gehilfe) <input type="checkbox"/> 50 m Gehen mit personeller Hilfe <input type="checkbox"/> Kann sich nicht 50 m fortbewegen
<b>Treppen- steigen</b>	<input type="checkbox"/> Unabhängig (kann ggf. Gehilfe tragen) <input type="checkbox"/> Braucht Hilfe oder Supervision <input type="checkbox"/> Kann nicht Treppen steigen

Ich bestätige die Richtigkeit der Angaben. Unrichtige Angaben können dazu führen, dass die REHA – Maßnahme vorzeitig abgebrochen werden muss. Die dadurch entstehenden Kosten sind vom Patienten / Patientin zu tragen.

Datum: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Unterschrift Patient/Patientin**

## Vom behandelnden Arzt /Ärztin auszufertigen

### Rehabilitationsfähigkeit:

- kann alleine seine Medikamente einnehmen
- voraussichtliche Dauer der Behinderung > 6 Monate
- nicht durch Physio-, Ergotherapie etc. (auch in Kombination) im extramuralen Bereich ausreichend behandelbar
- die körperliche Belastbarkeit für 2 -3 Stunden tgl. Therapie ist gegeben
- die kognitiven und emotionalen Voraussetzungen (Motivation, Compliance) zur aktiven Teilnahme sind gegeben

### Rehabilitationsprognose aus derzeitiger Sicht:

- gute (positive) Prognose auf Besserung durch REHA
- schlechte (negative) Prognose auf Besserung durch REHA
- derzeit keine Angabe zur Prognose möglich

Allfällige ergänzende Informationen für Sozialversicherungsträger:

---

---

Datum:

Behandelnder Arzt/Ärztin: