

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Anerkennung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme

Ich beantrage eine stationäre
Rehabilitationsmaßnahme für

mich

Ehe-/Lebenspartner*in

Kind

Name des/der Ehe-/Lebenspartner*in
oder Kindes

Ist die Mitaufnahme einer pflegebedürftigen Person
erforderlich?

Ja

Bei JA bitte Antrag für pflegebedürftige Person beifügen.

Die zu behandelnde Person hat im laufenden oder in den
3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als
beihilfefähig oder durch die PBeaKK als erstattungsfähig
anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt
und beendet.

Ja

Die zu behandelnde Person hat Ansprüche
gegenüber anderen Kostenträgern.

Ja

bei

Die zu behandelnde Person erhält zurzeit Leistungen
aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung.

Ja

von

Für folgende Rehabilitationseinrichtung wird
die Maßnahme beantragt.

Hinweis zu Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern

Beihilfeberechtigte Personen mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 11 SGB VI) und Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23, 24, 40 und 41 SGB V) haben zunächst diese Leistungen beim Versicherungsträger zu beantragen. Nur wenn der Versicherungsträger die Leistungen ablehnt, können ggf. die Aufwendungen zu einer Rehabilitationsmaßnahme als beihilfefähig anerkannt werden. Die Ablehnungs- bzw. Zuschussbescheide der Versicherungsträger sind beizufügen.

Die Behandlungskosten sollen mir als Selbstzahler in Rechnung gestellt werden (detaillierte Abrechnung)? Ja

oder

Die Behandlungskosten sollen mit der PBeaKK direkt abgerechnet werden (Pauschalabrechnung)? Ja

Hinweis zur Abrechnung einer Rehabilitationsmaßnahme

Bei der Pauschalabrechnung zahlt die PBeaKK die Behandlungskosten direkt an die Klinik. Mit der Wahl der Pauschalabrechnung verpflichte ich mich, den sich aus Selbstbehalt und Eigenbehalt ergebenden Betrag an die PBeaKK nach Aufforderung innerhalb von 2 Wochen zurückzuzahlen. Die voraussichtliche Höhe dieses Betrages wird mir mit dem Anerkennungsbescheid mitgeteilt. Mit meiner Unterschrift erkenne ich diese Bedingungen verbindlich an. Nähere Informationen zu den Abrechnungsmöglichkeiten entnehmen Sie bitte unserer Infobroschüre oder fragen bei unserer Kundenberatung an.

Ich habe die Verordnung der behandelnden ärztlichen Person und weitere Befunde sowie Schlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. die begutachtende Person als Anlage beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Anlage
Ärztliche Verordnung

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Verordnung einer stationären Rehabilitationsmaßnahme – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

Hinweis für die behandelnde ärztliche Person: Die Entscheidung über die Notwendigkeit erfolgt grundsätzlich nach Aktenlage. Unvollständige Angaben führen zu einer Verzögerung der Anerkennung bzw. zu vermeidbaren Rückfragen evtl. sogar zu einer Ablehnung der verordneten Behandlung.

Zu behandelnde Person

Geburtsdatum

Name, Vorname

Sozialanamnese

Lebenssituation der zu behandelnden Person

Allein lebend

Ehe-/Lebenspartner*in

betreutes Wohnen

mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende
Angehörige in der Nähe

Die zu behandelnde Person ist krankheitsbedingt
in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit
eingeschränkt.

Ja

Es liegt eine Pflegegrad vor bzw. es wurde ein
Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt.

Ja

Pflegegrad

seit

Es ist eine Schwerbehinderung anerkannt.

Ja

GdB und Merkzeichen

Klinische Anamnese

Welche Beschwerden liegen vor und seit wann? Wie ist der Krankheitsverlauf?

Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

Hauptdiagnose

(in Worten und nach ICD-10)

Weitere Diagnosen oder Indikationen,

die den Antrag begründen

(in Worten und nach ICD-10)

Die Diagnose(n) ist/sind zurückzuführen auf:

Dienst- oder Arbeitsunfall

sonstiger Unfall

Berufskrankheit

Versorgungsleiden / Gesundheitsschaden (BVG /OEG)

Sind Infekte und/oder Keime vorhanden? Ja

Wenn Ja, welche?

Gibt es psychosoziale Faktoren die zu beachten sind (z.B. Depression, Psychische Belastungen, Ängste ...)? Ja
Wenn Ja, welche?

Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
--------------------------	--	------------------------	--------------------

Kommunikation

(z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)

Mobilität

(z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armbrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)

Selbstversorgung

(z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)

Häusliches Leben

(z.B. Haushaltsführung)

Interpersonelle Aktivitäten

(z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)

Bedeutende Lebensbereiche

(z.B. Arbeit und Beschäftigung)

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich? Ja Nein

Wenn Nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

Sonstige Beeinträchtigungen (z.B. Inkontinenz, Paresen, Demenz)

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z.B. Barthel-Index)

Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht aufgeführt:

Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Es liegen folgende Risikofaktoren vor:

Alkoholmissbrauch	Übergewicht
Nikotin	Bewegungsmangel
Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch	Sonstiges

Maßnahmen der Krankenbehandlung (in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation)

Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Heilmittel	In den letzten 12 Monaten erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)			
Bewegungstherapie (z.B. KG und manuelle Therapie)			
Traktionsbehandlung			
Elektrotherapie			
Inhalation			
Wärme-/Kältetherapie			
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie			
Ergotherapie			

Hinweis zu der abgegebenen Einschätzung

Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel (Welche? Seit wann? Aussichtsreich?)

Andere Maßnahmen	Durchgeführt	Aussichtsreich
Psychotherapie		
Rehabilitationssport/Funktionstraining		
Patientenschulung		
Ernährungsberatung		
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen		
Sonstiges		

Rehabilitationsfähigkeit

Die zu behandelnde Person verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit	Ja
Die zu behandelnde Person verfügt über die erforderliche Mobilität	Ja
Die zu behandelnde Person verfügt über eine ausreichende Motivation	Ja
Die zu behandelnde Person ist motivierbar	Ja

Rehabilitationsziele

Ziele aus Sicht der behandelnden ärztlichen Person im Hinblick auf

- a) Schädigungen
- b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe
- c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/Angehörigen

Rehabilitationsprognose

Eine positive Rehabilitationsprognose besteht hinsichtlich der:	Schädigungen
	Aktivitäten und Teilhabe
	Kontextfaktoren
	Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/ Angehörigen

Sonstige Angaben

Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

Die Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln
privaten PKW
andere

Die beantragte Rehabilitationsleistung ist vor Ablauf der Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig.

Ja
Weil

Eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme wird dann als notwendig angesehen, wenn sie nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann.

Die ambulante ärztliche Behandlung und Anwendung von Heilmitteln am Wohnort sind nicht ausreichend, um die Rehabilitationsziele zu erreichen.

Ja

Ein gleichwertiger Rehabilitationserfolg kann nicht durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erzielt werden.

Ja

Folgende Rehabilitationsklinik(en) ist/sind zur Durchführung der Behandlung als geeignet anzusehen (inkl. Ortsangabe)

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen

Voraussichtlich benötigte Rehabilitationsdauer in Tagen (max. 21 Tage)

Ausnahme: Verlängerung ist aus medizinischen Gründen dringend erforderlich; wird von der behandelnden ärztlichen Person der Rehabilitationsklinik beantragt.

Für die Angaben der behandelnden ärztlichen Person ist beim EBM die Ziffer 01611 für Mitglieder der Gruppe A und die GOÄ-Ziffer 75 für Mitglieder der Gruppe B berechnungsfähig.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift der behandelnden ärztlichen Person

Anlagen