

Rehabilitationseinrichtung:
 Anschrift:
 Tel./Fax:

Ansprechpartner:
 Durchwahl:

Abh Verlängerungsantrag Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke¹

Wichtig: Übersenden Sie die Seiten 1-3 - Angaben für den MDK - im geschlossenen Umschlag an die Krankenkasse mit einer Kopie der Seite 1.

Anschrift der Krankenkasse/Fax

Name, Vorname des Versicherten

Adresse

Geb. am Krankenkassennummer

1.

	Datum	stationär	ambulant
Beginn der Rehabilitationsleistung:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kostenzusage bis:			
Datum des Verlängerungsantrages:			
Verlängerung beantragt bis:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Voraussichtlicher Entlassungstermin:			

2. Art der durchgeführten Rehabilitationsbehandlung (bitte ankreuzen)

Begonnen als		Fortzuführen als
<input type="checkbox"/>	Ambulante Entwöhnung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Ambulante Entwöhnung in tagesklinischer Einrichtung	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stationäre Entwöhnung für Alkoholabhängige	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stationäre Entwöhnung für Medikamentenabhängige	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kurzzeittherapie für Alkohol-/Medikamentenabhängige	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Stationäre Entwöhnung für Drogenabhängige	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kurzzeittherapie für Drogenabhängige	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Kompakttherapie für Drogenabhängige	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Sonstige Entwöhnungsbehandlung (bitte benennen):	<input type="checkbox"/>

3. Rehabilitationsrelevante Diagnosen

ICD-10	Text	seit wann

4. Voraussichtlich notwendige Maßnahmen im Anschluss an die Rehabilitation

Telefon-Nr. für evtl. Rückfragen

Name und Unterschrift des verantwortlichen Arztes/der verantwortlichen Ärztin
 (Unterschrift gilt auch für die Seiten 2-3)

¹ Angaben auf Seite 1 für die Krankenkasse, Angaben auf den Seiten 2-3 für den Medizinischen Dienst

- 5. Krankheits- und Behandlungsvorgeschichte mit Suchtanamnese (nur bei 1. Verlängerungsantrag)**
- 6. Befunde bei Beginn der Rehabilitation**
- 6.1 Mentale und körperliche Schädigungen
- 6.2 Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und der Teilhabe (Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Aktivitäten und Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Leben in der Gemeinschaft)
- 6.3 Umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren
- 7. Störungsmodell** (rehabilitationsbegründend, mit disponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren)
- 8. Rehabilitationsziele** (individuell mit dem Rehabilitanden abgestimmte Ziele)
- 8.1 Mentale und körperliche Schädigungen
- 8.2 Aktivitäten und Teilhabe (Selbstversorgung, häusliches Leben, interpersonelle Aktivitäten und Beziehungen, Arbeit und Beschäftigung, Leben in der Gemeinschaft)
- 8.3 Umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren
- 9. Individueller Rehabilitationsplan** (zur Umsetzung der Rehabilitationsziele in den verschiedenen Therapiebereichen)

10. Rehabilitationsverlauf

- 10.1 Art und Umfang bisheriger Therapieformen (bezogen auf den Rehabilitationsplan; ggf. Behandlungsplan der jetzigen Behandlungswoche beifügen oder Angaben z.B. nach KTL)
- 10.2 Bereits erreichte Rehabilitationsziele (bezogen auf 8.1 – 8.3)
- 10.3 Rehabilitationsfähigkeit und Rehabilitationsprognose
(Motivation bzw. Motivierbarkeit, Belastbarkeit, therapeutische Beziehungsfähigkeit/Arbeitsbündnis, Einsichtsfähigkeit, aktive Mitwirkung und Umsetzung des Erlernten, Abstinenz, ggf. Beigebrauch, prognostische Einschätzung bezogen auf die Rehabilitationsziele)
- 10.4 Bei vorübergehendem Einsatz eines Substitutionsmittels zusätzlich Angabe der Dosierung des Substitutionsmittels einschließlich Veränderung der Dosierung

11. Rehabilitationsziele, die nur durch Fortführung der derzeitigen Rehabilitation erreichbar sind

- 11.1 Mentale und körperliche Schädigungen

- 11.2 Aktivitäten und Teilhabe

- 11.3 Umwelt- und personbezogene Kontextfaktoren

- 12. Bei stationären Rehabilitationsleistungen: Begründung, warum das Rehabilitationsziel nicht durch ambulante Rehabilitation/ Nachsorgeleistungen/ ambulante Behandlung/ Suchtkrankenhilfe/ Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe erreicht werden kann.**

- 13. Rehabilitationsplan für die jetzt beantragte Rehabilitationsphase**