Rehabilitationseinrichtung:
Anschrift:
Tel./Fax:

Ansprechpartner:
Durchwahl:

Abh Verlängerungsantrag Rehabilitationsleistungen für Abhängigkeitskranke[1]

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 Krankenversichertennummer

1.

	Datum	stationär	ambulant
Beginn der Rehabilitationsleistung:		❑	❑
Kostenzusage bis:			
Datum des Verlängerungsantrages:			
Verlängerung beantragt bis:		❑	❑
Voraussichtlicher Entlassungstermin:			

2. Art der durchgeführten Rehabilitationsbehandlung (bitte ankreuzen)

Begonnen als		Fortzuführen als
❑	**Ambulante Entwöhnung**	❑
❑	**Ambulante Entwöhnung in tagesklinischer Einrichtung**	❑
❑	**Stationäre Entwöhnung für Alkoholabhängige**	❑
❑	**Stationäre Entwöhnung für Medikamentenabhängige**	❑
❑	**Kurzzeittherapie für Alkohol-/Medikamentenabhängige**	❑
❑	**Stationäre Entwöhnung für Drogenabhängige**	❑
❑	**Kurzzeittherapie für Drogenabhängige**	❑
❑	**Kompakttherapie für Drogenabhängige**	❑
❑	**Sonstige Entwöhnungsbehandlung (bitte benennen):**	❑

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