

AMBULANTE KARDIALE REHABILITATION

Ein Rechtsanspruch besteht bei folgenden Einschlussdiagnosen:

- Akuter Herzinfarkt (jeglicher Ausprägung sofern Patient mobil ist).
- Zustand nach PCI/PTCA (Ballondilatation, Stent, etc.).
- Zustand nach ICD / Herzschrittmacherimplantation.
- Koronare Herzkrankheit ohne akuten Herzinfarkt (z.B. diffuse KHK).
- Koronare Bypass-Operation.
- Jedwede Herzoperation (Transplantation, Klappen, Vitien, ASD etc.).
- Jede Operationen an Herz/Lungenmaschine (z.B. Aneurysmektomie).
- Kardiomyopathien, entzündliche Herzerkrankungen.
- Lungenembolie.
- Arterielle Hypertonie (schwer einstellbare) mit Organkomplikationen oder ausgeprägtes metabol. Syndrom.
- Jegliche schwere kardiovaskuläre Erkrankung mit Krankenhausaufenthalt und ausreichender Mobilität.

SchwerpunktReha
SchwerpunktPraxis

Kardiologie
Angiologie
Rehabilitation
Prävention

Herz
Gefäße
Nachsorge
Vorbeugung

Am Burgweiher 52
53123 Bonn (Duisdorf)

Telefon: 02 28 – 96 21 00 - 0

Telefax: 02 28 – 96 21 00 - 33

kontakt@spkar.de

www.spkar.de

Einschlusskriterien:

- Ergometerleistung von mind. 75 Watt im Sitzen oder 50 Watt im Liegen ohne Belastungs-coronarinsuffizienz.
- Alternativ 1 Etage Treppensteigen sollte möglich sein.
- Ausreichende Mobilität (Wege bis zu 45min sollten mit Bus/Bahn oder Fahrdienst zurückgelegt werden können).
- Der Versicherte muss mit der ambulanten Rehabilitation einverstanden sein.

ANTRAGSVERFAHREN

- Stationsarzt / -ärztin – Was muss ich machen?:

Im **Kurzarztbrief** kurze Bemerkung:
„Ambulante AHB indiziert.“

In den **Entlassbrief** unter Therapieempfehlung:
„Aufgrund der Diagnosen und des Krankheitsbildes des Patienten besteht eine Indikation und meine Empfehlung zur Durchführung einer ambulanten kardialen Rehabilitation.“

- Sozialdienst:

Antragstellung während, oder innerhalb 14 Tagen nach KH-Aufenthalt.

Falls der Sozialdienst nicht verfügbar ist (Wochenende, kurzer KH-Aufenthalt), kann der Patient mit dem Kurzarztbrief oder dem Entlassbrief zu uns in die Einrichtung (Am Burgweiher 54, 53123 Bonn) kommen. Terminvereinbarung unter: 0228 – 962 1000 (Ansprechpartner: Fr. Höreth, Stichwort: Rehaantrag)
Wir kümmern uns dann gemeinsam mit dem Sozialdienst des Krankenhauses um den Antrag.

KOSTENTRÄGER

Kostenträger	Antragsunterlagen
Privat: Private Krankenversicherung falls im Tarif	Antragsformular SchwerpunktReha (umseitig)
GKV und nicht mehr berufstätig: Gesetzliche Krankenkassen	Antragsformular SchwerpunktReha (umseitig)
GKV und berufstätig - DRR*: Deutsche Rentenversicherung Rheinland* (früher LVA)	Antragsformular DR-Rheinland
GKV und berufstätig - DRB*: Deutsche Rentenversicherung Bund* (früher BfA)	Behandlungsvertrag bei Selbstzahlung Nur auf Einzelfallgenehmigung und Beantragung durch den Patienten

*Fragen Sie die Patienten ob und von welcher Rentenversicherung Sie 1x/Jahr eine Rentenschätzung erhalten!

Antrag auf Ambulante Anschlussheilbehandlung

!! Antragstellung während oder innerhalb 14 Tage nach KH-Entlassung!!

Anschrift des zuständigen Leistungsträgers (falls bekannt)

--

Vorgesehene Rehabilitationseinrichtung:



SchwerpunktReha
Am Burgweiher 54
53123 Bonn

Tel: 0228/ 96 21 00 0
Fax: 0228/ 96 21 00 65
reha@spkar.de

1. Personalien des Patienten

Name, Vorname		Telefon/Mobil	
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Wohnort	Geburtsdatum

2. Kostenträger der Rehabilitation (z. B. Krankenkasse, DRR, DRB, Selbstzahler)

Name (falls bekannt) (Bei privaten Trägern Name der Krankenkasse + ggf. Beihilfestelle)			
Straße und Hausnummer	Postleitzahl	Ort	Rehabilitationsbeginn

3. Kardiale Diagnose

Kurzdiagnose
Therapie

4. Unterschrift des Patienten

Ich bin mit der Durchführung der **Anschlussheilbehandlung** nach ausführlicher Aufklärung durch den Arzt einverstanden.

Ort, Datum und Unterschrift des Patienten	
, den	Unterschrift

5. Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Aufgrund der Diagnosen und des Krankheitsbildes des Patienten besteht eine Indikation und meine Empfehlung zur Durchführung einer ambulanten kardialen Rehabilitation. Der Patient ist in der Lage die Verrichtungen des täglichen Lebens selbst zu versehen.

Datum und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

Stempel