

#### IV. Rehabilitationsziele

##### A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

---



---

##### B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

---



---

#### V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) \_\_\_\_\_

---



---

#### VI. Zuweisungsempfehlungen

##### A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär  
☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

##### B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

\_\_\_\_\_ ☐ geriatr. Rehabilitation

##### C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere \_\_\_\_\_

#### VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

##### Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

##### Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht  
 (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

##### Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

---



---