

# Aufenthalt in einem Genesungshaus der CKK - Aufnahmeantrag

## 1. Verwaltungsdaten

### 1.1. Antragsteller (alle Angaben eintragen oder ersatzweise einen Krankenkassenaufkleber verwenden)

Name: .....  
Vorname: .....  
Nationalnummer: .....  
Anschrift: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....  
Festnetz-/Mobiltelefon: .....  
Krankenversicherungsnummer: ..... Versicherungskode: .....  
Name des Hausarztes: ..... Telefonnummer des Hausarztes: .....



Name/Einrichtung	Ansprechpartner	Telefon	E-Mail-Adresse
------------------	-----------------	---------	----------------

### 1.2 Ansprechpartner

Name: ..... Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....  
Festnetz-/Mobiltelefon: .....  
Name: ..... Vorname: ..... Verwandtschaftsverhältnis: .....  
Festnetz-/Mobiltelefon: .....

### 1.3 Eventuelle(r) Begleiter(in) (Wenn die Begleitperson ebenfalls pflegebedürftig ist, muss ein getrennter Antrag ausgefüllt werden.)

Name: .....  
Vorname: .....  
Nationalnummer: .....  
Festnetz-/Mobiltelefon: .....  
Anschrift: .....  
Postleitzahl: ..... Ort: .....



### 1.4. Gewünschtes Genesungsheim

<input type="checkbox"/> <b>Zorgverblijf Ter Duinen</b> Louisweg 46 8620 Nieuwpoort Tel. 058/22.33.11 Fax. 058/22.33.00 <a href="mailto:Opname.terduinen@cm.be">Opname.terduinen@cm.be</a>	<input type="checkbox"/> <b>Zorgverblijf Hooidonk</b> Langestraat 170 2240 Zandhoven Tel. 03/320.28.11 Fax. 03/320.28.10 <a href="mailto:herstel@hooidonk.be">herstel@hooidonk.be</a>	<input type="checkbox"/> <b>Séjours &amp; Santé Nivezé</b> Route du Tonnelet 76 4900 Spa Tel. 087/79.00.00 Fax. 087/79.03.00 <a href="mailto:info@niveze.be">info@niveze.be</a>
---	--	--

Der Patient wünscht ein:  Einzelzimmer  Zweibettzimmer  Zimmer mit Begleiter(in)

**2. Medizinische und soziale Daten**

**2.1. Medizinische Diagnose, die den Genesungsaufenthalt erforderlich macht (unbedingt ausfüllen)**

.....  
.....  
.....

Der Behandlungsplan muss abzielen auf:

- eine möglichst weitgehende Eigenständigkeit  die Unterstützung des pflegenden Angehörigen
- eine gezielte Rehabilitation  Ruhe  sonstige Ziele (bitte beschreiben): .....

Hat der/die Antragsteller(in) sich vorher bereits für die gleiche Behandlung in einem Genesungshaus aufgehalten?

- Ja  Nein

Datum der Krankenhausaufnahme:...../...../.....

Vorgesehenes Entlassungsdatum:...../...../.....

Operationsdatum:...../...../.....

Operationskode (K oder N)...../...../.....

Vermeidung von Auftreten:  Ja  Nein. Wenn ja, bis zum: ...../...../.....

Genesungsaufenthalt infolge eines Unfalls mit eventuellem Fremdverschulden:  Ja  Nein

Genesungsaufenthalt infolge eines als solchen anerkannten Arbeitsunfalls:  Ja  Nein

**2.2. Andere Krankheit oder Behandlung**

(Logopädie, Dialyse, Gastrostomie, Wundpflege, Harnkatheter – wenn suprapubisch → Ersatzkatheter mitgeben)

.....  
.....  
.....

- Sauerstoff: Kontaktdaten des Lieferanten: .....
- Ist bereits eine Genehmigung des Vertrauensarztes vorhanden?  Ja  Nein

**2.3. Ansteckungsgefahr: besteht beim Patienten besteht für andere Personen die Gefahr, sich anzustecken?**

- wenn ja, bitte erläutern: .....

(Krankenhausbakterie: wenn der erste Befund positiv war, ist eine zweite Untersuchung mit negativem Ergebnis erforderlich)

**2.4 Besondere Diät:**

- Wenn ja, erläutern: .....

**2.5 Allergien**

- Wenn ja, erläutern: .....

**2.6 Soziale Gründe**

Sozial- und/oder umfeldbedingte Faktoren, die - neben den medizinischen Gründen - einen Aufenthalt in einem Genesungsheim rechtfertigen (nicht angepasste Wohnung, familiäre Situation, ...)

.....  
.....

Kommt der Patient in den Genuss

- häuslicher Hilfe und Pflege  einer Betreuung durch pflegende Angehörige?
- einer Vermögens-/Personenverwaltung  einer Betreuung durch einen anerkannten Sozialdienst?
- sonstiger Leistungen: .....

### 3. Erfassung des aktuellen Grades der Eigenständigkeit (Katz-Tabelle)

Kriterium	1	2	3	4
Sich waschen	Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz waschen.	Benötigt für die Körperpflege oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für die Körperpflege sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.
Sich anziehen	Kann sich selber ohne irgendeine Hilfe ganz an- und ausziehen.	Benötigt für das Anziehen oberhalb oder unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe (Schnürsenkel bleiben außer Betracht).	Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie teilweise Hilfe.	Benötigt für das Anziehen sowohl oberhalb als auch unterhalb der Gürtellinie vollständige Hilfe.
Lagewechsel und Fortbewegung:	Kann selbstständig einen Lagewechsel vornehmen und sich völlig selbstständig fortbewegen ohne mechanische Hilfe und ohne Hilfe Dritter.	Kann selbstständig einen Lagewechsel vornehmen und sich fortbewegen unter Benutzung von mechanischen Hilfsmitteln (Krücken, Rollstuhl).	Benötigt unbedingt die Hilfe Dritter, um einen Lagewechsel vorzunehmen und/oder sich fortzubewegen.	Ist bettlägerig oder sitzt im Rollstuhl und hängt vollständig von der Hilfe anderer ab, um sich fortzubewegen.
Zur Toilette gehen:	Kann allein zur Toilette gehen, sich allein aus-beziehungsweise anziehen und sich allein abwischen.	Benötigt teilweise die Hilfe Dritter, um zur Toilette zu gehen oder sich aus-beziehungsweise anzuziehen oder sich abzuwischen.	Benötigt vollständige Hilfe, um zur Toilette zu gehen und/oder sich aus-beziehungsweise anzuziehen und/oder sich abzuwischen.	Benötigt vollständige Hilfe um zur Toilette/auf einen Nachtstuhl zu gehen, sich aus-beziehungsweise anzuziehen und sich abzuwischen.
Kontinenz	Ist kontinent für Urin und Stuhlgang.	Ist gelegentlich inkontinent für Urin oder Stuhlgang (Blasensonde oder künstlicher Darmausgang inbegriffen).	Ist inkontinent für Urin (Miktionsübungen inbegriffen) oder Stuhlgang.	Ist inkontinent für Urin und Stuhlgang.
Essen	Kann allein essen und trinken.	Benötigt vorherige Hilfe zum Essen oder Trinken.	Benötigt teilweise Hilfe während des Essens oder Trinkens.	Ist vollständig abhängig zum Essen und Trinken.
Zeitliches Bewusstsein (2)	keine Probleme	von Zeit zu Zeit (selten) Probleme	fast täglich Probleme	vollständig desorientiert oder unmöglich zu beurteilen
Räumliches Bewusstsein (2)	keine Probleme	von Zeit zu Zeit (selten) Probleme	fast täglich Probleme	vollständig desorientiert oder unmöglich zu beurteilen

Bei einem Punktwert von 2 oder mehr für das zeitlich-räumliche Bewusstsein, ist das Ergebnis eines jüngeren MMSE-Tests sowie ein ausführlicher Bericht über die Krankengeschichte und das derzeitige Verhalten des Patienten erforderlich.

MMSE Punktwert:..... /30

Kriterium	1	2	3	4	5
Nachaktiv	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Sprechstörung	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Zerstörerisches Verhalten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Ausdrucksschwierigkeiten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Unruhiges Verhalten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Verlust der Fähigkeit zum korrekten Verhalten	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen
Ausreißen	nie	selten	fast jede Nacht	immer	unmöglich einzuschätzen

#### 4. Psychische Elemente

NB: Die Genesungshäuser verfügen nicht über einen geschlossenen Bereich. Die Kunden haben freien Zugang zur Cafeteria. Es ist keine besondere Betreuung für Menschen vorgesehen, die ein kognitives psychisches Problem haben.

- Vorübergehende Verwirrung: .....
- Depression: .....
- geistige Behinderung: .....
- aggressives Verhalten: .....
- Suchtproblematik: .....
- Psychisches Problem: .....
- Sonstiges: .....

Wenn eines dieser Felder angekreuzt wurde, bitte genauer erläutern:

.....  
.....

#### 5. Aufnahme nach dem Genesungsaufenthalt

- Rückkehr nach/in: .....
- Andere Lösung: .....
- Die Situation ist problematisch, weil .....

#### 6. Geschätzte Verweildauer

Aufnahmedatum:..... / ..... / ..... bis zum ..... / ..... / .....

Verweildauer: .....

**Bitte legen Sie einen aktuellen Arztbericht und die Liste der zurzeit eingenommenen Arzneimittel bei.**

Datum:..... / ..... / .....

Unterschrift                      Name des antragstellenden Arztes (DRUCKBUCHSTABEN oder Stempel): .....

LIKIV-Zulassungsnummer des antragstellenden Arztes: .....

**Bitte senden Sie diesen Antrag per Fax oder E-Mail an die von Ihnen gewünschte Einrichtung.**