



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation) **G0612**

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum
Kind (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Straße, Hausnummer		Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)
Postleitzahl	Wohnort	

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.		
2.		
3.		
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)	
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen	
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)	
5	Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)	
6	Teilnahme an DMP?	
	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
7	Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)	
8	Rehabilitationsziel aus Ihrer Sicht?	



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

9	Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Allergie, Asthma)
10	Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)
11	Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft)
12	Untersuchungsbefund Gewicht: kg Größe: cm Datum der Befunderhebung:
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:	
<input type="checkbox"/>	Atemwege
<input type="checkbox"/>	Haut
<input type="checkbox"/>	Herz / Kreislauf
<input type="checkbox"/>	Bauchorgane
<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat
<input type="checkbox"/>	Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde :	
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?	
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja
Falls nein, welche Abweichungen?	
13	Besteht Rehabilitationsfähigkeit?
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja
14	Das Kind ist bei mir in Behandlung
<input type="checkbox"/>	laufend / häufig seit: _____
<input type="checkbox"/>	gelegentlich, zuletzt am: _____
15	Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten
16	Besuch von
<input type="checkbox"/>	Kindergarten
<input type="checkbox"/>	Regelschule _____ (Bitte Schulform und Klassenstufe angeben)
<input type="checkbox"/>	Sonstige Einrichtung: _____
Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?	
<input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt Lernen
<input type="checkbox"/>	ja, Schwerpunkt Geistige Entwicklung
17	Bemerkungen
Ich bitte um Rückruf durch den zuständigen Arzt	
<input type="checkbox"/>	des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung
<input type="checkbox"/>	der Rehabilitationseinrichtung
18	Ärztin / Arzt
Name, Vorname	
Telefonnummer	

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

