Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

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 Diagnosenschlüssel anzugeben!

1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	**Diagnosenschlüssel 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?

☐ nein ☐ ja, welche?

7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

8 Rehabilitationsziel aus Ihrer Sicht?

G0612-00 DRV
V004 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

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

Datum der Befunderhebung:

Gewicht: kg Größe: cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

☐ Atemwege ☐ Haut ☐ Herz / Kreislauf
☐ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem und Psyche

von der Norm **abweichende Befunde:**

Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, welche Abweichungen?

13 Besteht Rehabilitationsfähigkeit?

☐ nein ☐ ja

14 Das Kind ist bei mir in Behandlung

☐ **laufend / häufig** seit: _____ ☐ **gelegentlich**, zuletzt am: _____

15 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / **Therapeuten**

16 Besuch von

☐ Kindergarten ☐ Regelschule _____ (Bitte Schulform und Klassenstufe angeben)

☐ Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

☐ nein ☐ ja, Schwerpunkt Lernen ☐ ja, Schwerpunkt Geistige Entwicklung

17 Bemerkungen

Ich bitte um Rückruf durch den zuständigen Arzt

☐ des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung ☐ der Rehabilitationseinrichtung

18 Ärztin / Arzt

Name, Vorname | Telefonnummer

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

G0612-00 DRV
V004 - AGDR 1/2015 - Stand: 24.03.2015