
Kombi-Nord-Entlassungsbericht

Blatt 2a
zum ärztlichen
Entlassungsbericht

Patientin/Patient (Name, Vorname)

Versicherungsnummer

Ablauf der Phasen

1.Phase: Maßnahmeart, Einrichtung, Beginn und Ende (Angabe der Ärztin/des Arztes und der Ansprechperson)

.Phase: Maßnahmeart, Einrichtung, Beginn und Ende (Angabe der Ärztin/des Arztes und der Ansprechperson)

1. Anamnese

(für die erste Phase verpflichtend, Ergänzungen für die weiteren Phasen sind möglich)

1.1 Jetzige Beschwerden

1.2 Bisheriger Verlauf der reha-relevanten Beeinträchtigung(en)

1.3 Weitere reha-relevante Erkrankungen/Operationen/Unfälle

1.4 Biografische Anamnese (bei psychischen Störungen)

Patientin/Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

1.5 Vegetative Anamnese

2. Sozialmedizinische Anamnese

(für die erste Phase verpflichtend, Ergänzungen für die weiteren Phasen sind möglich)

2.1 Sozialanamnese mit Kontextfaktoren

2.2 Arbeitsanamnese mit Kontextfaktoren

2.3 Subjektive Einschränkungen der Aktivitäten und Teilhabe

3. Aufnahmebefund, Diagnostik während Rehabilitation

(für die erste Phase verpflichtend, Ergänzungen für die weiteren Phasen sind möglich)

3.1 Allgemeiner körperlicher Befund

3.2 Allgemeiner psychischer Befund

Patientin/Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

3.3 Fachspezifischer Befund

3.4 Diagnostik

4 Reha-Prozess und –Ergebnis

(für jede Phase verpflichtend)

4.1 Individuelle Reha-Ziele

4.2 Besonderheiten des Reha-Verlaufs

4.3 Abschlussbefundung und Reha-Ergebnis

Patientin/Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

5 Empfehlungen für weiterführende Maßnahmen

(für die letzte Phase verpflichtend): Begründungen zu Empfehlungen/ Vorschlägen auf Blatt 1

Falls eine weitere Phase folgt, wird die Entlassungsform "7" eingegeben (Wechsel zu ambulanter, ganztagsambulanter oder stationärer Reha) in Blatt 1, 1a, 1b, an die DRV. Wenn keine weitere Phase folgt, ist die Entlassungsform entsprechend zu verschlüsseln und der gesamte Bericht an die DRV zu senden. Die letzte Verantwortung trägt die letzte Autorin/der letzte Autor (verantwortliche Ärztin/verantwortlicher Arzt der Einrichtung). In Berichtsstellen die Vorverfasserin/der Vorverfasser darf nichts verändert werden! (Urheberrechte!).

Patientin/Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Anlage zur Berichtserstellung

Ambulante Rehabilitationsphase

Für die Patientin/für den Patienten im Rahmen der ambulanten
Rehabilitationsphase verantwortliche Mitarbeitende:

Ärztin/Arzt:	
Psychologin/Psychologe:	
Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut:	
Ggf. sonstige Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter: ²	

¹ Rehabilitationsphase

Für die Patientin/den Patienten im Rahmen der
verantwortliche Mitarbeitende:

Rehabilitationsphase

Ltd. Ärztin/Arzt/ Psychiaterin/Psychiater:	
Ltd. Psychologin/Psychologe:	
Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut:	
Ggf. sonstige Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter: ²	

¹ nicht Zutreffendes bitte streichen

² Angabe nur erforderlich, wenn maßgeblich an der Berichtserstellung beteiligt

Patientin/Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

¹ Rehabilitationsphase

Für die Patientin/den Patienten im Rahmen der
verantwortliche Mitarbeitende:

Rehabilitationsphase

Ltd. Ärztin/Arzt/ Psychiaterin/Psychiater:	
Ltd. Psychologin/Psychologe:	
Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut:	
Ggf. sonstige Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter ² :	

¹ Rehabilitationsphase

Für die Patientin/den Patienten im Rahmen der
verantwortliche Mitarbeitende:

Rehabilitationsphase

Ltd. Ärztin/Arzt/ Psychiaterin/Psychiater:	
Ltd. Psychologin/Psychologe:	
Bezugstherapeutin/Bezugstherapeut:	
Ggf. sonstige Mitarbeiterinnen/ Mitarbeiter ² :	

¹ nicht Zutreffendes bitte streichen

² Angabe nur erforderlich, wenn maßgeblich an der Berichtserstellung beteiligt