

## Sicherung der in der Kinderrehabilitation erzielten Ergebnisse

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Sehr geehrte Erziehungsberechtigte / Sehr geehrter Erziehungsberechtigter,

Ihr Kind hat an einer Kinderrehabilitation teilgenommen. Um den Rehabilitationserfolg dauerhaft zu sichern, ist die weitere – möglichst direkt an die Rehabilitationsleistung anschließende – Beratung und Behandlung durch den behandelnden Arzt Ihres Kindes von besonderer Bedeutung.

Der behandelnde Arzt Ihres Kindes erhält von der Rehabilitationseinrichtung mit Ihrer Einwilligung den ärztlichen Entlassungsbericht. Wenden Sie sich bitte direkt im Anschluss an die Kinderrehabilitation an den behandelnden Arzt und vereinbaren mit ihm einen Termin, um die Rehabilitationsergebnisse und die Empfehlungen des Entlassungsberichtes zu besprechen.

Da wir sehr daran interessiert sind zu erfahren, ob die von uns bewilligten Kinderrehabilitationen erfolgreich sind, haben wir mit den Verbänden der niedergelassenen Ärzte Folgendes vereinbart:

Der behandelnde Arzt füllt – sofern der Erziehungsberechtigte zustimmt – nach Beendigung der Kinderrehabilitation den Fragebogen 1 (Formular G2462-11) und ungefähr 5 bis 7 Monate später den Fragebogen 2 (Formular G2463-11) aus.

Wir bitten Sie daher, nachfolgende **Einwilligungserklärung** zu unterschreiben und diese dem behandelnden Arzt Ihres Kindes beim Gesprächstermin nach Beendigung der Kinderrehabilitation auszuhändigen. Jugendliche, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, können die Erklärung selbst unterschreiben.

Wir danken für Ihre Unterstützung.

Deutsche Rentenversicherung  
Westfalen

### Einwilligungserklärung des Erziehungsberechtigten oder des Jugendlichen

**Ich willige ein**, dass der behandelnde Arzt die Deutsche Rentenversicherung Westfalen über den bleibenden Erfolg der Kinderrehabilitation informiert, indem er die ausgefüllten Fragebogen 1 und 2 (Formulare G2462-11 und G2463-11) der Deutschen Rentenversicherung Westfalen übersendet.

Ich weiß, dass ich jederzeit meine Einwilligung ganz oder teilweise mit Wirkung für die Zukunft widerrufen kann.

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift des Erziehungsberechtigten oder des Jugendlichen

### Hinweis für die behandelnde Ärztin / den behandelnden Arzt des Kindes:

Dieses Formular sowie die Fragebogen einschließlich Honorarabrechnung (Formulare G2462-11 und G2463-11) stehen im Internet zum Herunterladen zur Verfügung. Sie finden die Formulare unter Angabe der Formularnummer unter:

[www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de](http://www.deutsche-rentenversicherung-westfalen.de)



per Fax 0251 238-2796

Deutsche Rentenversicherung  
Westfalen  
Abteilung für Rehabilitation  
Frau Klünder / Herrn Nolte  
48125 Münster

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes

### Fragebogen 1 (nach Abschluss der Kinderrehabilitation)

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

1	Wie beurteilen Sie insgesamt den Erfolg der Rehabilitation für Ihre Patientin / Ihren Patienten? <input type="checkbox"/> ausgezeichnet <input type="checkbox"/> sehr gut <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> mittelmäßig <input type="checkbox"/> schlecht
2	Hat die Reha-Einrichtung Ihre Empfehlungen als behandelnde/r Ärztin/Arzt für die Rehabilitation berücksichtigt? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> eher ja <input type="checkbox"/> teilweise <input type="checkbox"/> eher nein <input type="checkbox"/> nein Wurde vom Arzt der Reha-Einrichtung mit Ihnen telefonisch Kontakt aufgenommen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
3	Lässt sich bereits jetzt eine Motivationsänderung (Kind bzw. Eltern) erkennen - beim Umgang mit der Reha-auslösenden Krankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein - beim (altersgemäßen) Wissen um die Reha-auslösende Krankheit? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Ist die Ausprägung der Reha-auslösenden Krankheit zurückgegangen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein Hat sich der gesundheitliche Zustand verbessert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise Hat sich die körperliche und psychische Leistungsfähigkeit verbessert? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> teilweise Wurden im Entlassungsbericht weitere präventive Maßnahmen vorgeschlagen? <input type="checkbox"/> ja, folgende: _____ <input type="checkbox"/> nein
4	Wie schätzen Sie die zukünftige gesundheitliche Entwicklung Ihrer Patientin / Ihres Patienten ein? <input type="checkbox"/> gut <input type="checkbox"/> schlecht <input type="checkbox"/> ungewiss
5	Liegt bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit vor? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes



### Honorarabrechnung

entsprechend der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., dem Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Für das Ausfüllen des Fragebogens nach Abschluss der Kinderrehabilitation bitte ich um Überweisung von **30,41 EUR**.

### Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

### Bankverbindung → bitte das **Geschäftskonto** angeben

Institutionskennzeichen	oder:	IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
		<b>D, E</b>	
Geldinstitut (Name, Ort)			
Rechnungsnummer			

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Fragebogen und die Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen sind.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich bei der o. a. Bankverbindung um **das Geschäftskonto** handelt.

→ Hinweis: Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

<b>Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt</b>
<input type="checkbox"/> Rechnung per AA 0747 beglichen
Unterschrift, Datum



per Fax 0251 238-2796

Deutsche Rentenversicherung  
Westfalen  
Abteilung für Rehabilitation  
Frau Klünder / Herrn Nolte  
48125 Münster

Name und Anschrift der Ärztin / des Arztes

## Fragebogen 2 (5 bis 7 Monate nach Abschluss der Kinderrehabilitation)

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum

Die folgenden Fragen werden beantwortet  in Patientenkontakt  nach Aktenlage

1 Wie viele Kontakte hatten Sie in den letzten 6 Monaten nach Abschluss der Rehabilitation mit Ihrer Patientin / Ihrem Patienten?

1 Kontakt  2 bis 5 Kontakte  5 bis 10 Kontakte  mehr als 10 Kontakte

2 Sind die Reha-Ergebnisse unter Alltagsbedingungen stabil geblieben?

- Wissen um die Krankheit  ja  nein  
- Umgang mit der Krankheit  ja  nein  
- Verbesserung objektiver Parameter der Krankheit  ja  nein

3 Liegt eine positive Änderung bei folgenden Sekundärerkrankungen vor?

- pulmonal  ja  nein  trifft nicht zu  
- metabolisch  ja  nein  trifft nicht zu  
- psychisch  ja  nein  trifft nicht zu  
- sonstige (bitte angeben): \_\_\_\_\_  ja  nein  trifft nicht zu

4 Konnte die Patientin / der Patient bezüglich Frage 2 von seinem familiären Umfeld unterstützt werden?

ja  nein

5 Halten Sie Unterstützung durch eine professionelle Einrichtung für erforderlich?

ja  nein

6 Liegt bei Ihrer Patientin / Ihrem Patienten Schul- bzw. Ausbildungsfähigkeit vor?

ja  nein

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes



### Honorarabrechnung

entsprechend der Vereinbarung zwischen dem Berufsverband für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie in Deutschland e. V., dem Hausärzterverband Westfalen-Lippe e. V. und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e. V. mit der Deutschen Rentenversicherung Westfalen

Name, Vorname, Geburtsdatum des versicherten Elternteils	Versicherungsnummer
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum
Straße und Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort	

Für das Ausfüllen des Fragebogens 5 bis 7 Monate nach Abschluss der Kinderrehabilitation bitte ich um Überweisung von **30,41 EUR**.

### Zahlungsempfänger

Name des Kontoinhabers (Name, Vorname)	
Straße und Hausnummer	
Postleitzahl	Ort

### Bankverbindung → bitte das **Geschäftskonto** angeben

Institutionskennzeichen	oder:	IBAN (International Bank Account Number)	BIC (Bank Identifier Code)
		D, E	
Geldinstitut (Name, Ort)			
Rechnungsnummer			

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn der Fragebogen und die Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes versehen sind.

Ich bestätige hiermit ausdrücklich, dass es sich bei der o. a. Bankverbindung um **das Geschäftskonto** handelt.

→ Hinweis: Die Verpflichtung zur Selbstangabe gegenüber dem Finanzamt bleibt hiervon unberührt.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes

**Wird vom Rentenversicherungsträger ausgefüllt**

Rechnung per AA 0747 beglichen

Unterschrift, Datum