

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)



MSAT / MSNR

--

**Dokumentation von Präventionsleistungen**

**G0195**

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)	
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl	Wohnort

BNR	
Rehabilitationseinrichtung	
Abteilung	
IK-Nr.	Abt.-Nr.

<input type="checkbox"/> <b>Startphase</b>	Beginndatum	Abschlussdatum
<input type="checkbox"/> <b>Trainingsphase</b>	Beginndatum	Abschlussdatum
<input type="checkbox"/> <b>Auffrischungsphase</b>	Beginndatum	Abschlussdatum

**Untersuchungsbefund und Funktionsveränderungen**

Bestehende Funktionseinschränkungen und von der Norm abweichende Befunde an folgenden Organsystemen:

Herz / Kreislauf     Bewegungsapparat     Nervensystem     Psyche     sonstige

**Erläuterungen**

Beschreibung der erreichten Funktionsveränderungen im prä / post Vergleich:

Gewicht: (ganze kg)	Beginn	Abschluss	Untersuchungsdatum

Empfehlungen für die nachfolgende Präventionsphase:



Versicherungsnummer

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

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

--	--	--	--	--

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

**Therapeutische Leistungen**

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A= 5 Min. C= 15 Min. E= 25 Min. G= 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N= 90 Min. Q= 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min.  
 B= 10 Min. D= 20 Min. F= 30 Min. H= 40 Min. K= 50 Min. M= 75 Min. P = 100 Min. R= 150 Min. T = 240 Min. Z = individuell



Versicherungsnummer

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

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

--	--	--	--	--

MSAT / MSNR

--	--	--	--

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname)

**Besonderheiten im Verlauf**

**Empfehlungen für die Teilnehmerin / den Teilnehmer**

**Gegebenenfalls weitere Empfehlungen / Fazit**

---

Ort, Datum

---

Unterschrift und Stempel der Ärztin / des Arztes



