

Ärztlicher Entlassungsbericht

Bl. 1

Versicherungsnummer										Kennzeichen			
Patientin / Patient (Name, Vorname)													
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten													
Straße, Hausnummer													
Postleitzahl				Wohnort									
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch													

MSAT / MSNR													
Rehabilitationseinrichtung													
Abteilung													
IK-NR							Abt.-NR						

Aufnahmedatum

Entlassungsdatum

Art der Durchführung
 1 = stationär
 2 = ganztägig ambulant
 3 = ambulant

Besondere Behandlungsformen
 0 = keine
 1 = MBOR
 2 = VMO
 3 = VOR
 9 = Sonstige

Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seitenlokal.	Diagn. Sicherh.	Beh. Ergebn.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseitig
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diagnosesicherheit A = Ausgeschl. Diagn. V = Verdachtsdiagn. Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagn.
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Behandlungsergebnis 0 = 1 - 3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

Krankheitsursache
 0 = 1 - 5 trifft nicht zu
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolge
 4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung

Entlassungsform
 1 = regulär
 2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung
 3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis
 4 = vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis
 5 = disziplinarisch
 6 = verlegt
 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha
 9 = gestorben

Arbeitsfähigkeit
 0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
 1 = arbeitsfähig
 3 = arbeitsunfähig
 4 = Kinder-Reha
 5 = Hausfrau / Hausmann
 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
 0 = keine
 1 = bis unter 3 Monate
 2 = 3 bis unter 6 Monate
 3 = 6 und mehr Monate
 9 = nicht erwerbstätig

AU bei Aufnahme
 1 = ja
 2 = nein

Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Rentenversicherung	Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport	<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge	
<input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	
<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Funktions-training	
<input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie		

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftsdatum

Ort

Versions-Nr.

0 4

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. _____

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit <small>(weitere Ausführungen auf Blatt 2, Ziffer 3.2.4)</small>	<input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr <input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden <input type="checkbox"/> unter 3 Stunden

B. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)
Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

1. **Positives** Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte
Arbeitshaltung im Stehen	im Gehen		im Sitzen	
<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig <input type="checkbox"/> über-wiegend <input type="checkbox"/> zeitweise	
Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachtschicht	

2. **Negatives** Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter **Abschnitt C.** beschrieben werden):

<input type="checkbox"/> psychomentele Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
<input type="checkbox"/> relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren			<input type="checkbox"/> sonstige

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.

<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
---	--	--

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Empty box for the medical history and justification of the performance assessment.

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Leistungsdaten: durchgeführte 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.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Erläuterungen:

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. Z = keine
 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. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

Versions-Nr. **0** 2

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Leistungsdaten: durchgeführte 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.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Erläuterungen:

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. Z = keine
 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. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

Versions-Nr. **0 2**

Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum
-------------------------------------	--------------

Leistungsdaten: durchgeführte 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.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Erläuterungen:

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. Z = keine
 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. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

Versions-Nr. **0 2**



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

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

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Teilziffern: