



per Fax 0251 238-2685

Deutsche Rentenversicherung
Westfalen
Abteilung für Rehabilitation
Frau Klünder
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 **33,47 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)	
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