



Aktenzeichen:

<b>Ärztlicher Befundbericht</b> <b>Anlage zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation</b>							
<b>A. Angaben zur Person</b> (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)							
Versicherter Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum						
Patient Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum						
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Geburtsort						
<b>B. Angaben zum Befund</b>							
<b>1. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung</b> (möglichst als Funktionsdiagnosen)	<b>Diagnoseschlüssel ICD-10-GM</b> (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	<b>Seitenlokalisierung</b>	<b>Diagnosesicherheit</b>				
1. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
2. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
3. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
4. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
5. _____	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table>					<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="checkbox"/>
Seitenlokalisierung R = rechts L = links B = beidseits							
Diagnosesicherheit A = ausgeschlossene Diagnose V = Verdachtsdiagnose Z = symptomloser Zustand nach der betreffenden Diagnose G = gesicherte Diagnose							
<b>2. Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen</b>							
<input type="checkbox"/> Taubheit <input type="checkbox"/> Blindheit <input type="checkbox"/> wesentliche Gehbehinderung <input type="checkbox"/> Rollstuhl <input type="checkbox"/> sonstige Behinderung _____							
<b>3. Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)</b>							
_____ _____ _____							
<b>4. Risikofaktoren/Gefährdung durch</b>							
<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Medikamente <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige _____							
<b>5. Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren</b>							
<input type="checkbox"/> liegen nicht vor							



Aktenzeichen:

<p>6. Untersuchungsbefund</p> <p>Ohne Befund sind folgende Organsysteme</p> <p><input type="checkbox"/> Atemwege   <input type="checkbox"/> Herz/Kreislauf   <input type="checkbox"/> Bauchorgane   <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat   <input type="checkbox"/> Nervensystem/Psych</p> <p>von der Norm <b>abweichende Befunde</b> (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde)</p> <p><b>Gewicht</b> _____ kg   <b>Größe</b> _____ cm   <b>RR</b> _____ mm Hg   <b>Puls</b> _____</p>	<p>Datum der letzten Befunderhebung _____</p> <p style="text-align: right; font-size: small;">Tag, Monat, Jahr</p>																		
<p>7. Bisherige Therapien (z. B. Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie)</p>																			
<p>8. DMP / integrierte Versorgung Teilnahme an einem strukturierten Behandlungsprogramm (Disease-Management-Programm - DMP)?</p> <p><input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja, Name des Programms _____</p> <p>Teilnahme an der integrierten Versorgung?   <input type="checkbox"/> nein      <input type="checkbox"/> ja</p>																			
<p>9. Anregung spezieller Maßnahmen</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Krankengymnastik</td> <td><input type="checkbox"/> Ernährungsberatung</td> <td><input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Diätschulung</td> <td><input type="checkbox"/> Entspannungstherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rückenschule</td> <td><input type="checkbox"/> Diabetikerschulung</td> <td><input type="checkbox"/> Psychotherapie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Gefäßtraining</td> <td><input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung</td> <td><input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Inhalationen</td> <td><input type="checkbox"/> Ergotherapie</td> <td><input type="checkbox"/> Logopädie</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Atemgymnastik</td> <td><input type="checkbox"/> Sonstige _____</td> <td></td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining	<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie	<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining	<input type="checkbox"/> Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie	<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Sonstige _____	
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik	<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining																	
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie	<input type="checkbox"/> Diätschulung	<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie																	
<input type="checkbox"/> Rückenschule	<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung	<input type="checkbox"/> Psychotherapie																	
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining	<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung	<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining																	
<input type="checkbox"/> Inhalationen	<input type="checkbox"/> Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Logopädie																	
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik	<input type="checkbox"/> Sonstige _____																		
<p>10. Gesundheitsschäden sind entstanden durch</p> <p><input type="checkbox"/> Arbeits-/Vegeunfall, Berufskrankheit   <input type="checkbox"/> Unfall   <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung</p> <p>Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?   <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein, in _____</p> <p>Besteht Belastbarkeit für medizinische Rehabilitation?   <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?   <input type="checkbox"/> ja, <b>ohne</b>      <input type="checkbox"/> ja, <b>nur mit</b>      <input type="checkbox"/> nein</p> <p style="text-align: center; font-size: small;">Begleitperson      Begleitperson</p> <p>Besteht eine Schwangerschaft?      <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>																			
<p>11. Empfohlene Rehabilitationsart:      <input type="checkbox"/> ambulante Rehabilitation      <input type="checkbox"/> stationäre Rehabilitation</p>																			
<p>12. Sonstige Bemerkungen (z. B. Hinweise zu weiteren Teilhabebedarfen):</p>																			
<p>Antrag erfolgt auf meine Anregung      <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p> <p>Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen      <input type="checkbox"/> ja      <input type="checkbox"/> nein</p>																			
<p><b>C. Honorarabrechnung und Unterschrift</b></p> <p>Honorarabrechnung</p> <p>28,91 € (inkl. Schreibgebühren, Porto und beigefügte Fotokopien) Kosten für Nebenleistungen werden nicht übernommen.</p> <p>_____ Name und Sitz der Bank</p> <p>_____ Kontoinhaber (nur erforderlich, falls nicht identisch mit oben genannter Person)</p> <p>_____ IBAN      _____ BIC</p> <p>_____ Datum      _____ Unterschrift und Stempel des Arztes</p>																			