



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

<b>Anlage zum Antrag von</b>																																																							
<b>A. Angaben zur Person</b> (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)																																																							
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum																																																						
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	AK-Mitgliedsnummer																																																						
<b>B. Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf stationäre Kinderrehabilitation</b>																																																							
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes																																																						
1. Das Kind ist bei mir in Behandlung seit _____ <input type="checkbox"/> laufend/häufig <input type="checkbox"/> gelegentlich zuletzt am _____ Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr																																																							
2. Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung)																																																							
3. Impfstatus																																																							
<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">nein</th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">Jahr</th> <th style="text-align: center;">Auffrischung (Jahr)</th> <th style="text-align: center;">nein</th> <th style="text-align: center;">ja</th> <th style="text-align: center;">Jahr</th> <th style="text-align: center;">Auffrischung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>Diphtherie</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Masern</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>Tetanus</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mumps</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>Polio</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Röteln</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>Pertussis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>HIB</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>FSME</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>		nein	ja	Jahr	Auffrischung (Jahr)	nein	ja	Jahr	Auffrischung	BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	HIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____	
	nein	ja	Jahr	Auffrischung (Jahr)	nein	ja	Jahr	Auffrischung																																															
BCG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Diphtherie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____																																															
Masern	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Tetanus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____																																															
Mumps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Polio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____																																															
Röteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	Pertussis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____																																															
HIB	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	FSME	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____																																															
Sonstige (z. B. Influenza, Hepatitis B) _____																																																							
4. Tuberkulintest <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am _____ Ergebnis <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ Tag, Monat, Jahr																																																							
5. Hat das Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten durchgemacht? (wenn möglich bitte angeben wann)																																																							
<input type="checkbox"/> Masern _____ Monat, Jahr	<input type="checkbox"/> Scharlach _____ Monat, Jahr	<input type="checkbox"/> Windpocken _____ Monat, Jahr																																																					
<input type="checkbox"/> Mumps _____ Monat, Jahr	<input type="checkbox"/> Röteln _____ Monat, Jahr	<input type="checkbox"/> Keuchhusten _____ Monat, Jahr																																																					
6. Sonstige Erkrankungen (einschließlich Angaben zu Neigung zu Krampfanfällen, Allergiedisposition, Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, welche?)																																																							
7. Stationäre Behandlung (z. B. Krankenhaus, Kinderrehabilitation; wenn ja wann, wo, weswegen? Entlassungsbericht bitte beifügen)																																																							
8. Familiäre Krankheitsdisposition (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-/Kreislaufkrankungen)																																																							



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

9. Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes

10. Aktuelle Beschwerden (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)

11. Klinischer Befund

Größe \_\_\_\_\_ cm    Gewicht \_\_\_\_\_ kg    RR \_\_\_\_\_ mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

ja     nein, und zwar \_\_\_\_\_  
Abweichung

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche

c) Besonderheiten des Kindes (z. B. Bettnässen, Aggressionsbereitschaft)

d) Soziale Integrationsfähigkeit

12. Diagnose (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Kinderrehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

13. Art und Umfang der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte als Kopie beifügen)

14. Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation, der aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

15. Sind besondere Maßnahmen für die oder vor der Kinderrehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung, Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Kinderrehabilitation – genaue medizinische Begründung erforderlich)



Aktenzeichen: \_\_\_\_\_

16. Gesundheitszustand des Kindes  
rehabilitationsfähig

ja       nein

reisefähig

alleine     in der Gruppe     Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

Ist für die Dauer der Kinderrehabilitation eine Begleitperson erforderlich?

nein

ja, weil (wenn ja, bitte mit genauer medizinischer Begründung)

Der Antrag erfolgt auf meine Anregung

ja       nein

Bitte die beigefügten ärztlichen Unterlagen zurückzusenden

ja       nein

17. Sonstige Bemerkungen (z. B. Hinweise zu weiteren Teilhabebedarfen):

### C. Unterschrift

\_\_\_\_\_ Datum

\_\_\_\_\_ Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 28,91 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

<b>Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht</b>	
<b>Versicherter</b>	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
<b>Ärztlicher Befundbericht</b> (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	
	28,91 €
<b>Das Honorar ist zu überweisen an</b>	
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
<b>Bitte unbedingt angeben:</b>	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
Datum	Stempel und Unterschrift
Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin/des Arztes versehen sind.	