



Aktenzeichen: _____

Anlage zum Antrag von																																																													
A. Angaben zur Person (Angaben bitte gegebenenfalls berichtigen.)																																																													
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum																																																												
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	AK-Mitgliedsnummer																																																												
B. Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf stationäre Kinderrehabilitation																																																													
Name, Vorname des Kindes	Geburtsdatum des Kindes																																																												
<p>1. Das Kind ist bei mir in Behandlung seit _____ <input type="checkbox"/> laufend/häufig <input type="checkbox"/> gelegentlich zuletzt am _____ <small>Tag, Monat, Jahr</small> <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p>2. Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung)</p> <p>3. Impfstatus</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th></th> <th>nein</th> <th>ja</th> <th>Jahr</th> <th>Auffrischung (Jahr)</th> <th>nein</th> <th>ja</th> <th>Jahr</th> <th>Auffrischung</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>BCG</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td></td> <td>Diphtherie</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Masern</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td></td> <td>Tetanus</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Mumps</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td></td> <td>Polio</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>Röteln</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td></td> <td>Pertussis</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>HIB</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> <td></td> <td>FSME</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table> <p>Sonstige (z. B. Influenza, Hepatitis B) _____</p> <p>4. Tuberkulintest <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, zuletzt am _____ Ergebnis <input type="checkbox"/> positiv <input type="checkbox"/> negativ <small>Tag, Monat, Jahr</small></p> <p>5. Hat das Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten durchgemacht? (wenn möglich bitte angeben wann)</p> <table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Masern _____ <small>Monat, Jahr</small></td> <td><input type="checkbox"/> Scharlach _____ <small>Monat, Jahr</small></td> <td><input type="checkbox"/> Windpocken _____ <small>Monat, Jahr</small></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Mumps _____ <small>Monat, Jahr</small></td> <td><input type="checkbox"/> Röteln _____ <small>Monat, Jahr</small></td> <td><input type="checkbox"/> Keuchhusten _____ <small>Monat, Jahr</small></td> </tr> </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"/>	_____	<input type="checkbox"/> Masern _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Scharlach _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Windpocken _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Mumps _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Röteln _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Keuchhusten _____ <small>Monat, Jahr</small>
	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"/>	_____																																																					
<input type="checkbox"/> Masern _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Scharlach _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Windpocken _____ <small>Monat, Jahr</small>																																																											
<input type="checkbox"/> Mumps _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Röteln _____ <small>Monat, Jahr</small>	<input type="checkbox"/> Keuchhusten _____ <small>Monat, Jahr</small>																																																											



Aktenzeichen: _____

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-/Kreislaufferkrankungen)

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)



Aktenzeichen: _____

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)

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 29,61 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigefügte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	29,61 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
_____	_____
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
_____	_____
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben: _____	
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.	