

Ärztlicher Befundbericht für die Mutter / den Vater

Name, Vorname, Geburtsdatum

1. Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung, Chronizität, Rezidiv, Exazerbation)

2. Dauermedikation einschl. Dosierung:

3. Verordnungsrelevante Spezialbefunde liegen vor und können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden:

Röntgen EKG Labor ärztliche Berichte

4. Untersuchungsbefund:

Gewicht: kg Größe: cm RR: _____ mm Hg _____ Puls: _____

5. Liegen belastende Lebensverhältnisse vor?

allein erziehend kinderreich mangelnde Unterstützung nicht gleichber. Stellung innerhalb der Familie
 Partner/Eheprobleme soziale Isolation Erziehungsprobleme belastende gesundheitl. Probleme des Kindes
 Pflege Angehöriger ständ. Zeitdruck finanzielle Probleme Schwierigkeiten Bewältigung komplex. Probleme
 Arbeitslosigkeit beengte Wohnverhältnisse sonstige _____

6. Welche Behandlungen / Maßnahmen / Hilfen, bezogen auf die verordnungsrelevanten Diagnosen, wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?

Ärztl. Behandlung Krankengymnastik Physik. Therapie Ergotherapie Logopädie
 Psychotherapie Patientenschulung Rehasport/
Funktionstraining Selbsthilfegruppe
 Hilfsmittelversorgung, ggf. welche? _____
 Sonstige: _____

7. Die kurzfristige Einleitung der verordneten medizinischen Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme ist erforderlich, weil

Nur ausfüllen, sofern in den letzten 4 Jahren eine stationäre medizinische Vorsorge-/Rehabilitation durchgeführt wurde!

8. Die Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend erforderlich, weil

Ärztlicher Befundbericht für die Mutter / den Vater

9. Folgende Gesundheitsstörungen liegen vor

- Erschöpfungssyndrom Anpassungsstörung depressive Verstimmung Unruhe und Angstgefühle
 Schlafstörungen Kopfschmerzen unspez. muskuloskeletale Beschwerden
 funktionelle Störungen sonstige: _____

10. Folgende Schädigungen liegen vor

- der Aufmerksamkeit des Antriebs der Emotion des Affekts der Stimmung
 der Verhaltensmuster des Willens anderer Bereiche des Bewusstseins oder Wachzustandes

11. Bitte begründen Sie, warum die Maßnahme stationär durchgeführt werden soll:

- kein geeignetes ambulantes Therapie-/Präventions-/Rehabilitationsangebot in Wohnortnähe vorhanden
 unzumutbare Fahrzeiten zum ambulanten Rehasentrum / Präventionsangebot
 das formulierte Vorsorge-/Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Vorsorgemaßnahme/Rehabilitation nicht erreichbar
 häusliche Versorgung ist nicht sichergestellt
 Herausnahme aus dem sozialen Umfeld sinnvoll

12. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. spezielles indikationsspezifisches Konzept / therapeutisches Konzept Rollstuhlgerecht / bes. Diätformen / therap. Schwerpunkt / etc)

Folgende Einrichtung wird vorgeschlagen:

13. Falls der/die Versicherte nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen kann, Angabe der Gründe und des Transportmittels

14. Bemerkungen:

Ich erbitte Rückruf durch: den Arzt des MDK den Mitarbeiter der Krankenkasse den Arzt der Fachklinik

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Stempel und Unterschrift der Beratungsstelle

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01622 E-GO berechnungsfähig.

Hinweis: Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Rehabilitationsleistung entscheiden zu können. Nach den §§ 100 SGB X und 73 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.