Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)

G0612

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Name, Vorname **der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird**	Geburtsdatum
Kind (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation	**ICD-10**
1. Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters	F 9 3 0
2. Adipositas (BMI:<97. Perzentile)	E 6 6 0 4
3.	

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)

zunehmend psychosomatische Beschwerden -> chronische Verstopfung seit 5 Jahren, stetige Gewichtszunahme, Trennungsangst, Fehlzeiten in der Schule

3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen

Teilhabe-Beeinträchtigung, geringes Selbstwertgefühl, Trennungs-/Verlustängste, chron. Verstopfung -> Gewichtszunahme, Aktivitätseinschränkung, rasche Ermüdbarkeit, Antriebslosigkeit

4 Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)

Bluthochdruck, Bauchschmerzen und chronische Verstopfung ohne Befund; D

5 Untersuchungsbefund

Datum der Befunderhebung:

Gewicht: kg **Größe:** cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

- [x] Atemwege
- [x] Haut
- [x] Herz / Kreislauf
- [ ] Bauchorgane
- [x] Bewegungsapparat
- [ ] Nervensystem und Psyche

von der Norm **abweichende Befunde:**

Trennungs-/Verlustangst, chronische Verstopfung, Adipositas durch stetige Gewichtszunahme in den letzten 5 Jahren, Bluthochdruck

Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?

- [ ] nein
- [x] ja

Falls nein, welche Abweichungen?

G0612-00 DRV
Version 05005 - AGDR 1/2019 - Stand 11.03.2019

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

6 Art und Umfang der bisherigen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Teilnahme an DMP, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)

Wiederholte ambulante Ernährungsberatung und Abnehmversuche bislang erfolglos. über 1,5 Jahre ambulante Psychotherapie . Aktuell: regelmäßige ambulante Termine in einer Kinder-, Jugend- und Familienberatungsstelle, Die ambulanten Maßnahmen sind im Moment erschöpft. Der Leidensdruck von Patientin u. KM steigt.

7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

keine

8 Das Kind ist bei mir in Behandlung

☒ **laufend / häufig** seit: _____ ☐ **gelegentlich**, zuletzt am: _____

9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / **Therapeuten**

früher beim Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut, Erziehungs-, Jugend- und Familienberatung

10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?

Erlernen v. Emotionsregulationstechniken, Gewichtsreduktion/Verbesserung d. Ess- und Bewegungsverhaltens/Aktivierung, Ernährungsschulung (Patient + Elternteil), Selbstwertstärkung

11 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Adipositas, Allergie, Asthma)

Mutter: Übergewicht
Opa ms: Übergewicht, Herz-Kreislauf-Erkrankung

12 Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)

zunehmender Leidensdruck und auch viele Fehlzeiten in der Schule, schläft im Bett der Eltern, verweigert Übernachtungen z. B. bei Großeltern oder Freunden

13 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft, ausreichende Belastbarkeit)

Mitaufnahme der Mutter dringend indiziert um schrittweise an Trennungsangst zu arbeiten + umfassende Ernährungsschulung um langfristige Ernährungsumstellung zu sichern.

14 Besuch von

☐ Kindergarten ☒ Schule Mittelschule 5. Klasse (Schulform und Klassenstufe)

☐ Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

☒ nein ☐ ja, Schwerpunkt Lernen ☐ ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

15 Bemerkungen

Mitaufnahme der Mutter aus medizinischer Sicht dringend indiziert, trotz des Alters von 12 Jahren. Siehe auch Punkt 13. Vermeidung von Folgerkrankungen.

Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt

☐ des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung ☒ der Rehabilitationseinrichtung

16 Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut

Name, Vorname	Telefonnummer

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung