

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!**

|   |  |                           |
|---|--|---------------------------|
| <b>1</b>  | <b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation</b>                           | <b>ICD-10</b>             |
| 1.  |  |                           |
| 2.  |  |                           |
| 3.  |  |                           |
| <b>2</b>  | <b>Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)</b>  |                           |
| <b>3</b>  | <b>Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen</b>   |                           |
| <b>4</b>  | <b>Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)</b> |                           |
| <b>5</b>  | <b>Untersuchungsbefund</b>   | Datum der Befunderhebung: |
|   | <b>Gewicht:</b> kg <b>Größe:</b> cm  |                           |
| Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:    |  |                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | Atemwege   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>                                  | Haut   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>                                  | Herz / Kreislauf   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>                                  | Bauchorgane  | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>                                  | Bewegungsapparat   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>                                  | Nervensystem und Psyche  |                           |
| von der Norm <b>abweichende Befunde:</b>                  |  |                           |
| Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung? |  |                           |
| <input type="checkbox"/>                                  | nein   | <input type="checkbox"/>  |
| <input type="checkbox"/>                                  | ja   |                           |
| Falls nein, welche Abweichungen?                          |  |                           |



\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**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?)

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

**8 Das Kind ist bei mir in Behandlung**

**laufend / häufig** seit: \_\_\_\_\_

**gelegentlich**, zuletzt am: \_\_\_\_\_

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

**10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?**

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

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

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

**14 Besuch von**

Kindergarten  Schule \_\_\_\_\_ (Schulform und Klassenstufe)

Sonstige Einrichtung: \_\_\_\_\_

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

nein  ja, Schwerpunkt Lernen

ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

**15 Bemerkungen**

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

