

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.			
2.			
3.			
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)		
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen		
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)		
5	Untersuchungsbefund	Datum der Befunderhebung:	
	Gewicht: kg Größe: cm		
	Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:		
	<input type="checkbox"/> Atemwege	<input type="checkbox"/> Haut	<input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf
	<input type="checkbox"/> Bauchorgane	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche
	von der Norm abweichende Befunde:		
	Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?		
	<input type="checkbox"/> nein	<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 <input type="checkbox"/> laufend / häufig seit: _____ <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> Kindergarten <input type="checkbox"/> Schule _____ (Schulform und Klassenstufe) <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung: _____		
Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?			
<input type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt Lernen <input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung		
15	Bemerkungen Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung		
16	Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Name, Vorname</td> <td style="width: 50%;">Telefonnummer</td> </tr> </table>	Name, Vorname	Telefonnummer
Name, Vorname	Telefonnummer		

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

