



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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

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

