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. expressive und repzeptive Sprachstörung	F 8 0 2 8
2. Artikulationsstörung	F 8 0 0
3. umschriebene Entwicklungsstörung der motorischen Funktionen	F 8 2 9

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)

seit Kleinkindalter verzögerte Entwicklung im motorischen und besonders im sprachlichen Bereich

3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen

schwer verständli.Aussprache,eingeschr.Wortschatz,Defizite i. Sprachverständnis u. Grammatik, hohes Problembewusstsein,soz.+kommunik.Teilhabebeeinträchtigung, sozialer Rückzug

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

Hörtest: ohne path. Befund, Entwicklungsdiagnostik, logopädische Diagnostik, spracher IQ-Test SON-R: IQ 105 (im Alter von 4 Jahren)

5 Untersuchungsbefund

Datum der Befunderhebung:

Gewicht: kg **Größe:** cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

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

von der Norm **abweichende Befunde:**

psychische Belastung aufgrund motorischer und sprachlicher Entwicklungsstörung

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?)

Frühförderung seit 2,5.LJ (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie je 1x/Woche)
siehe beiliegende Befunde
ambulante Maßnahmen sind aktuell erschöpft

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: Geburt ☐ **gelegentlich**, zuletzt am: _____

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

Frühförderstelle (Logopädie, Ergotherapie, Physiotherapie)

10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?

intensive motorische und sprachliche Förderung v. d. Einschulung, Verbesserung der Teilhabe in Kindergarten und Schule (Einschulung im September)

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

Vater: als Kind ebenfalls Sprachentwicklungsstörung

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

Eltern getrennt, Hänseleien aufgrund mangelnder sprachlicher Fähigkeiten und motorischer Ungeschicklichkeit in Kindergarten und Nachbarschaft

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

gute Integrationsfähigkeit, letztes Jahr Rückstellung vom Schulbesuch, Einschulung im September

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

Reha vor Einschulung dringend empfohlen, damit Schulstart gelingt und schulische Leistungsfähigkeit positiv beeinflusst wird.
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