1

Verordnung von medizinischer Rehabilitation*

61 Teil A

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

* Für Kinder/Jugendliche, Mutter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation, Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Pflegeleistungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen Nein = ☒ Ja = ☒

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend ☐ mit (Ehe-)Partner-/in ☐ betreutes Wohnen ☐

mit / bei Kindern ☐ Pflegeeinrichtung ☐

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?
(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: und zwar:

Schichtdienst N J

arbeitslos ☐ seit T T M M J J arbeitsunfähig ☐ seit T T M M J J

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

N J Art der Einschränkung

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe GdB Merkzeichen

Schwerbehinderung anerkannt N J

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen nach ICD 10

1.

2.

3.

Diagnose(n) nummer(n) Ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall ☐ sonstiger Unfall ☐ Berufskrankheit ☐ Gesundheitsschaden nach dem IVG ☐

Original für die Krankenkasse

1. Korrektur 12.04.2004

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

B. Nicht nur für vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (erfolgreich mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	☐	☐	☐	☐
Mobilität (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppenstiegen, Laufen, Bücken)	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Ausziehen, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	☐	☐	☐	☐

Sonstige

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index)

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

Persönliches und/familiäres Umfeld (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Risikofaktoren

Nikotin ☐ Alkoholmissbrauch ☐ Übergewicht ☐ Bewegungsmangel ☐

Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch ☐ Sonstiges ☐

MUSTER

61 Teil C

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

A. Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel

	In den letzten 12 Monaten erfolgt	Anzahl	Ausreichend		In den letzten 12 Monaten erfolgt	Anzahl	Ausreichend
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N J		N J	Wärme-/Kaltetherapie	N J		N J
Bewegungstherapie (z. B. Rü und manuelle Therapie)	N J		N J	Standardisierte Heilmittelkombinationen	N J		N J
Traktionsbehandlung	N J		N J	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	N J		N J
Elektrotherapie	N J		N J	Ergotherapie	N J		N J
Inhalation	N J		N J				

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel — Verordnet N J — Ausreichend N J

Welche? Seit wann?

E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt	Ausreichend		Durchgeführt	Ausreichend
Psychotherapie	N J	N J	Ernährungsberatung	N J	N J
Rehabilitationssport/Funktionstraining	N J	N J	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	N J	N J
Patientenschulung	N J	N J	Medizinische Vorsorgeleistungen	N J	N J

F. Sonstiges — Durchgeführt N J — Ausreichend N J

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit N J

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität N J

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation N J

Der Patient ist motivierbar N J

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Original für die Krankenkasse

61 Teil D

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen N J — Kontextfaktoren N J

Aktivitäten und Teilhabe N J — Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen N J

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Blut, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

B. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend ☐ PKW erforderlich ☐ Krankentransport erforderlich ☐

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

N J Begründung

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig? N J

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert? N J

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform — ambulante Rehabilitation ☐ stationäre Rehabilitation ☐

B. Inhaltliche Schwerpunkte

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationszieles werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befunderichte — weil

sind beigefügt ☐ sind nicht beigefügt ☐

E. Rückmeldeleistungen unter Telefonnummer

durch die Krankenkasse ☐ durch den MDK ☐

F. Besondere Hinweise

Datum T T M M J J

Original für die Krankenkasse

MUSTER