

Versicherungsnummer der Person, aus deren
Versicherung die Leistung beantragt wird

 Kennzeichen
(soweit bekannt)

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation
von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)**
G612
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		Versicherungsnummer des Kindes (soweit vorhanden)
Postleitzahl	Wohnort	

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.		
2.		
3.		
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)	
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen	
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)	
5	Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)	
6	Teilnahme an DMP? <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
7	Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)	
8	Rehabilitationsziel aus Ihrer Sicht?	

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

9 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Allergie, Asthma)

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

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

12 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?

- nein ja
Falls nein, welche Abweichungen?

13 Besteht Rehabilitationsfähigkeit?

- nein ja

14 Das Kind ist bei mir in Behandlung

- laufend / häufig seit: _____ gelegentlich, zuletzt am: _____

15 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten

16 Besuch von

- Kindergarten Regelschule _____ (Bitte Schulform und Klassenstufe angeben)
 Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

- nein ja, Schwerpunkt Lernen ja, Schwerpunkt Geistige Entwicklung

17 Bemerkungen

Ich bitte um Rückruf durch den zuständigen Arzt
 des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung der Rehabilitationseinrichtung

18 Ärztin / Arzt

Name, Vorname _____ Telefonnummer _____

Ort, Datum _____

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)