

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

# Verordnung von medizinischer Rehabilitation\*

61 Teil A

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

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

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen

Nein =

Ja =

## 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

arbeitslos  seit          
arbeitsunfähig  seit

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

Art der Einschränkung

## D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe  Schwerbehinderung anerkannt   GdB  Merkzeichen

## II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

## III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Diagnose(n) Nummer(n)  ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall  sonstiger Unfall  Berufskrankheit  Gesundheitsschaden nach dem BVG

Original für die Krankenkasse

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

#### A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)


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

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 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

## 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	Aussichtsreich			In den letzten 12 Monaten erfolgt		Anzahl	Aussichtsreich	
	N	J		N	J		N	J		N	J
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J		N	J	Wärme-/Kältetherapie	N	J		N	J
Bewegungstherapie (z. B. KG 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

Welche? Seit wann?

Verordnet
N
J

Aussichtsreich
N
J

#### E. Andere Maßnahmen

Psychotherapie

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

Ernährungsberatung

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

Rehabilitationssport/Funktionstraining

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

Patientenschulung

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

Medizinische Vorsorgeleistungen

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

#### F. Sonstiges

Durchgeführt
N
J

Aussichtsreich
N
J

### VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

N	J

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

N	J

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

N	J

Der Patient ist motivierbar

N	J

### VII. Rehabilitationsziele

#### A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

#### B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

N	J
N	J

Kontextfaktoren

N	J
N	J

Aktivitäten und Teilhabe

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

### 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, Diät, 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
N	J

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

### X. Zusammenfassende Wertung

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

ambulante Rehabilitation

stationäre Rehabilitation

**B. Inhaltliche Schwerpunkte**

---



---



---

**C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen**

---



---



---

**D. Vorliegende Befundberichte**

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

weil

---

**E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:**

---

durch die Krankenkasse

durch den MDK

**F. Besondere Hinweise**

---



---



---

Datum

T	M	J
---	---	---

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

---



---



---