

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

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten 60

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde folgendes Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

- ambulante Vorsorgeleistung am Kurort
- stationäre Vorsorgeleistungen

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

- Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben
- Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten
- Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer

Datum

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

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannten Versicherten auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen
in _____ Telefon-Nummer _____

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort

Datum

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

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

**Beide Blätter an die Krankenkasse
Original danach zurück an den Vertragsarzt**

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

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 (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Kommunikation (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (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"/>
Selbstversorgung (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (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

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

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	
	ja	nein		ja	nein		ja	nein		ja	nein
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Wärme-/Kältetherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Standardisierte Heilmittelkombinationen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Traktionsbehandlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elektrotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ergotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inhalation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung _____

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____

Verordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aussichtsreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Aussichtsreich			Durchgeführt		Aussichtsreich	
	ja	nein	ja	nein		ja	nein	ja	nein
Psychotherapie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ernährungsberatung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rehabilitationssport/Funktionstraining	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Patientenschulung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medizinische Vorsorgeleistungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

F. Sonstiges

Durchgeführt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aussichtsreich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

Der Patient ist motivierbar

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der aktiven Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.
--------------------------------	------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

Z	E
Z	E

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

Z	E
Z	E

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?

Begründung

Z	E
---	---

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

Z	E
Z	E

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	J	J	J	J	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Original für die Krankenkasse