

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 =

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

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

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 Pflegeversicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe _____ GdB _____ Merkzeichen _____
Schwerbehinderung anerkannt

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 BVG

Original für die Krankenkasse

Muster 61Teil A,a (7.2004)

Verordnung von medizinischer Rehabilitation*

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 =

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

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

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 Pflegeversicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe _____ GdB _____ Merkzeichen _____
Schwerbehinderung anerkannt

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 BVG

Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 4 Einzelsätze voneinander trennen

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

Beeinträchtigungen	keine	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

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

Beeinträchtigungen	keine	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

Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

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	Aussichtsreich
	N J	N J

E. Andere Maßnahmen

	Durchgeführt		Aussichtsreich			Durchgeführt		Aussichtsreich	
	N	J	N	J		N	J	N	J
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	Aussichtsreich
_____	N J	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 Aktivität und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

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) _____

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

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung _____

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann? _____

Verordnet	Aussichtsreich
N J	N J

	Durchgeführt	Aussichtsreich		Durchgeführt	Aussichtsreich		
E. Andere Maßnahmen							
Psychotherapie	N	J	N	J	N	J	
Rehabilitationssport/Funktionstraining	N	J	N	J	N	J	
Patientenschulung	N	J	N	J	N	J	
			Ernährungsberatung	N	J	N	J
			Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	N	J	N	J
			Medizinische Vorsorgeleistungen	N	J	N	J

F. Sonstiges

Durchgeführt	Aussichtsreich
N J	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 Aktivität 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?

Begründung

N	J
---	---

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

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

_____ durch die Krankenkasse

_____ durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Datum

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

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Original für die Krankenkasse

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

N	J
N	J

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

N	J
N	J

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

N	J
---	---

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

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

_____ durch die Krankenkasse

_____ durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Datum

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

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt