



Grid boxes for insurance number and key.

MSAT / MSNR

Grid boxes for MSAT / MSNR.

Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)

G0612

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und gut lesbar (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Form fields for name, birth date, address, and zip code of the insured person and child.

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

Main diagnostic report form with sections 1-5, including ICD-10 codes, medical history, and examination findings.



--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

**6 Art und Umfang der bisherigen Behandlung** (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Teilnahme an DMP, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)

**7 Bisherige stationäre Behandlung** (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

**8 Das Kind ist bei mir in Behandlung**

**laufend / häufig** seit: \_\_\_\_\_  **gelegentlich**, zuletzt am: \_\_\_\_\_

**9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten**

**10 Rehabilitationsziele** aus Ihrer Sicht?

**11 Familiäre Krankheitsdisposition** (zum Beispiel Adipositas, Allergie, Asthma)

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

**13 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind** (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft, ausreichende Belastbarkeit)

**14 Besuch von**

Kindergarten  Schule \_\_\_\_\_ (Schulform und Klassenstufe)

Sonstige Einrichtung: \_\_\_\_\_

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

nein  ja, Schwerpunkt Lernen  ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

**15 Bemerkungen**

Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt

des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung  der Rehabilitationseinrichtung

**16 Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut**

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Telefonnummer \_\_\_\_\_

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

