

## Verordnung einer Maßnahme der stationären medizinischen Prävention / Rehabilitation

AOK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft	See-KK
Name des Versicherten		Vorname					
		geb. am					
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.		Status				
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis		Datum				

<input type="checkbox"/>	stationär	<input type="checkbox"/>	ambulant
<input type="checkbox"/>	Vorsorgekur	§ 23	SGB V
<input type="checkbox"/>	Rehabilitationskur	§ 40	SGB V
<input type="checkbox"/>	Mutter-Kind-Kur	§§ 24/41	SGB V

### Die bisherige kurative Versorgung hat für die nachstehende/n Diagnose/n nicht den gewünschten Erfolg

Der/die Versicherte ist in meiner Behandlung seit: \_\_\_\_\_

1. Verordnungsrelevante Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung	ICD-10 GM	seit wann?
1. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
2. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
3. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____
4. _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	_____

**2. Schädigungen / Funktionsstörungen / Strukturschaden :** (ICF-Domänen „Körperfunktionen und – Körperstrukturen“)  
**incl. Rezidive und Exazerbationen** Klartextangaben ggf. mit ICF-Codierung)

\_\_\_\_\_

**3. Körperfunktionen (Aufrechterhaltung von) und Körperstrukturen (Umgang mit)**

	unter - Schwierig- keiten	mit perso- neller Hilfe	nicht durch- führbar
<input type="checkbox"/> Aufrechterhaltung mentaler Funktionen bei <b>Erwachsenen</b> (z.B. Schlaf, Motivation Psychische Stabilität, Antrieb, Affekt, Appetit, Zeitmanagement), Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Aufrechterhaltung mentaler Funktionen bei <b>Kindern</b> (z.B. psy.-soz. Funktionen, Temperament, Impulskontrolle, Schlaf, Aufmerksamkeit, Psychomotorik)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Umgang mit Störungen der Funktionen und in der Körperstruktur: _____ (z.B. Immunsystems, Atmungssysteme, der Haut, der Muskeln, der Gelenke und Knochen, ...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**4. Beeinträchtigung in Aktivität und Partizipation :** (ggf. Nennung des ICF-Codes)

	drohende Teilhabe- Beeinträchtigung	manifeste Teilhabe- Beeinträchtigung
<input type="checkbox"/> Aufgaben und Anforderungen (Umgang mit Mehrfachaufgaben, Stress und Überlastung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Mobilität, Selbst- und Fremdversorgung, Haushaltsaufgaben, Teilhabe am wirtschaftl. Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Interpersonelle Beziehungen (Familienbeziehungen, Eheliche Beziehungen, Mutter/Vater-Kind-Beziehung) allgem. Interpersonelle Beziehungen, Teilhabe am Gemeinschafts-, sozial- und staatsbürgerl. Leben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Angestrebtes Präventions-/Rehabilitationsziel:**

\_\_\_\_\_

**6. Risikofaktoren und resultierende Befindlichkeitsstörungen:**

\_\_\_\_\_

## Ärztlicher Befundbericht für das Kind:

Name, Vorname, Geburtsdatum

**1. Krankheitsvorgeschichte** Beginn, Verlauf, Ausprägung, Chronizität (Dauerbehandlung bei mindestens 12-monatiger ärztlicher Versorgung) Rezidiv, Exazerbation

**2. Dauermedikation** einschl. Dosierung

**3. Verordnungsrelevante Spezialbefunde** liegen vor und können bei Bedarf durch den MDK angefordert werden:

Röntgen                       EKG                       Labor                       ärztliche Berichte

**4. Untersuchungsbefund:**

Gewicht:    kg                      Größe:    cm                      RR: \_\_\_\_\_ mm Hg                      Puls: \_\_\_\_\_

**5. Liegen belastende Lebensverhältnisse vor?**

Elternteil allein erziehend     kinderreich     mangelnde Unterstützung     probl. Stellung in der Geschwisterreihe  
 elterl. Partner/Eheprobleme     soziale Isolation     Erziehungsprobleme     belastende gesundheitl. Probleme der Mutter  
 chron. kranke Familienangehörige     beengte Wohnverhältnisse     Schwierigkeiten Bewältigung komplex. Probleme  
 Probleme in Schule oder Kindergarten     sonstige \_\_\_\_\_

**6. Welche Behandlungen / Maßnahmen / Hilfen, bezogen auf die verordnungsrelevanten Diagnosen, wurden in den letzten 12 Monaten durchgeführt?**

Äztl. Behandlung                       Krankengymnastik                       Physik. Therapie                       Ergotherapie                       Logopädie  
 Psychotherapie                       Patientenschulung                       Psychomotorik                       Selbsthilfegruppe

Hilfsmittelversorgung, ggf. welche? \_\_\_\_\_

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

**7. Die kurzfristige Einleitung der verordneten medizinischen Vorsorge- / Rehabilitationsmaßnahme ist erforderlich, weil**

*Nur ausfüllen, sofern in den letzten 4 Jahren eine stationäre medizinische Vorsorge-/Rehabilitationsleistung durchgeführt wurde!*

**8. Die Vorsorge-/Rehabilitationsmaßnahme ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend erforderlich, weil:**

## Ärztlicher Befundbericht für das Kind:

### 9. Folgende Gesundheitsstörungen liegen vor

- Entwicklungsstörung       Anpassungsstörung       depressive Verstimmung       Unruhe und Angstgefühle  
 Schlafstörungen       Kopfschmerzen       unspez. somatische Beschwerden  
 funktionelle Störungen       sonstige: \_\_\_\_\_

### 10. Folgende Schädigungen liegen vor

- der Aufmerksamkeit       des Antriebs       der Emotion       des Affekts       der Stimmung  
 der Verhaltensmuster       des Willens       anderer Bereiche des Bewusstseins oder Wachzustandes

### 11. Bitte begründen Sie, warum die Maßnahme stationär durchgeführt werden soll:

- kein geeignetes ambulantes Präventions-/Rehabilitationsangebot in Wohnortnähe vorhanden  
 unzumutbare Fahrzeiten zu einem altersgerechten ambulanten Rehasentrum / Präventionsangebot  
 das formulierte Rehabilitationsziel ist durch eine ambulante Rehabilitation nicht erreichbar  
 Kind ist ohne absehbare psychische Schäden von der Mutter nicht zu trennen / häusliche Versorgung ist nicht sichergestellt  
 Herausnahme aus dem sozialen Umfeld sinnvoll  
 \_\_\_\_\_

### 12. Anforderungen an die Einrichtung (z.B. spezielles indikationsspezifisches Konzept/ pädagogische Betreuung/ rollstuhlgerecht/ bes. Diätformen/therap. Schwerpunkt/ etc)

Folgende Einrichtung wird vorgeschlagen:

### 13. Falls der/die Versicherte nicht mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen kann, Angabe der Gründe und des Transportmittels

### 14. Bemerkungen:

Ich erbitte Rückruf durch:       den Arzt des MDK       den Mitarbeiter der Krankenkasse       den Arzt der Fachklinik

Ort und Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Für die Angaben des Arztes ist die Nr. 01622 EBM berechnungsfähig.

Stempel und Unterschrift der Beratungsstelle

**Hinweis:** Die vorstehend erfragten Angaben werden benötigt, um über den Antrag des Versicherten auf Durchführung einer Rehabilitationsleistung entscheiden zu können. Nach den §§ 100 SGB X und 73 Ziff. 9 SGB V sind Sie verpflichtet, den erbetenen Bericht zu erteilen.