

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 Erwachsenen (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 Kindern (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, Atmungssystems, 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.