

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

## Einleitung von Leistungen zur 60 Rehabilitation oder alternativen Angeboten

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**

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

## 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 =

### 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 Pflege-Versicherungs-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

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
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (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"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (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	
Massage-therapie (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**

Psychotherapie

Rehabilitationssport/Funktionstraining

Patientenschulung

**F. Sonstiges**

\_\_\_\_\_

	Durchgeführt		Aussichtsreich			Durchgeführt		Aussichtsreich	
Ernährungsberatung	<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"/>
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	<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"/>
Medizinische Vorsorgeleistungen	<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"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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

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

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

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

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

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

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

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

**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

1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	.	:	Monat	Jahr

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Original für die Krankenkasse