

Anlage 1

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

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten 60

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde folgendes Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

Hier Diagnosen umfassend eintragen

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Nein!

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, der ist zu befürchten
☐ Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Rentenversicherung Kostenträger?

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer Datum

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

Muster 60a (4.2004)

Anlage 2-1

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 ☐

Persönliche und soziale Angaben

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/Hausmann, Rentner/-in)

Stunden/Woche: Schichtdienst ☐ und zwar:

arbeitslos ☐ seit T T M M J J J J arbeitsunfähig ☐ seit T T M M J J J J

Rentenversicherung Kostenträger?

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

Schwerbehinderung anerkannt ☐ ☐

Droht Pflegebedürftigkeit? – GdB wichtig!

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

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 (4.2004)

**Siehe hierzu im Dokument:
 „Erläuterungen und Formulierungshilfen“**

Name, Vorname des Versicherten	Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	61 Teil D
--------------------------------	------------	------------------	------------------

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen	N	J	Kontextfaktoren
Aktivitäten und Teilhabe	N	J	Ziele aus Sicht des Patienten/Angewandter

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)

Die Klinik sollte ein Konzept zur Betreuung von CF-Patienten vorweisen können, welches sich an den „Kriterien zur Struktur- und Prozessqualität“ des AK Reha orientiert

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend ☐ PKW erforderlich ☐ Krankentransport erforderlich ☐

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung

Siehe hierzu im Dokument: „Rehaantrag bei Mukoviscidose“

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

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert? N J

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform ambulante Rehabilitation ☐ stationäre Rehabilitation ☐

B. Inhaltliche Schwerpunkte

z.B. Atemphysiotherapie mit autogener Drainagen, Ernährungsschulung, Diabeteseinstellung, Trainingstherapie, Inhalationen, begleitende Psychotherapie

Im 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

Die Rehabilitationsklinik muss Erfahrung in der Betreuung von Patienten mit CF haben und dafür ausgebildetes Personal. Sie muss zeitlich getrennte Anreisen planen für Pat. mit/ohne Pseudomonas-Infektion. Diese Voraussetzungen werden z.B. erfüllt in der Klinik

.....

Original für die Krankenkasse

T T M M J J

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Muster 61 Teil D, 4 (4.2004)

