

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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  Schwerbehinderung anerkannt   GdB  Merkzeichen

## II. Klinische Anamnese

### Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

## III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

|    |                      |                      |
|----|----------------------|----------------------|
| 1. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

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 (7.2004)

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

#### A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |

#### B. Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

|  | keine<br>Beeinträchtigungen | Schwierigkeiten<br>(verlangsamt<br>mit Hilfsmitteln) | personelle<br>Hilfe nötig | nicht<br>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

Original für die Krankenkasse

## 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 |   |
|--|-----------------------------------|---|--------|----------------|---|---|-----------------------------------|---|--------|----------------|---|
|  | N                                 | J |        | N              | J |   | N                                 | J |        | N              | J |
| Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)           | N                                 | J |        | N              | J | Wärme-/Kältetherapie                    | N                                 | J |        | N              | J |
| Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie) | N                                 | J |        | N              | J | Standardisierte Heilmittelkombinationen | N                                 | J |        | N              | J |
| Traktionsbehandlung                                | N                                 | J |        | N              | J | Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie      | N                                 | J |        | N              | J |
| Elektrotherapie                                    | N                                 | J |        | N              | J | Ergotherapie                            | N                                 | J |        | N              | J |
| Inhalation   | N                                 | J |        | N              | J |   |                                   |   |        |                |   |

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

#### D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann?

#### E. Andere Maßnahmen

|  | Durchgeführt |   | Aussichtsreich |   |                                       | Durchgeführt |   | Aussichtsreich |   |
|--|--------------|---|----------------|---|---------------------------------------|--------------|---|----------------|---|
|  | N            | J | N              | J |                                       | N            | J | N              | J |
| Psychotherapie                         | N            | J | N              | J | Ernährungsberatung                    | N            | J | N              | J |
| Rehabilitationssport/Funktionstraining | N            | J | N              | J | Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen | N            | J | N              | J |
| Patientenschulung                      | N            | J | N              | J | Medizinische Vorsorgeleistungen       | N            | J | N              | J |

#### F. Sonstiges

### VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

Der Patient ist motivierbar

### VII. Rehabilitationsziele

#### A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

#### B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

|   |   |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Kontextfaktoren

|   |   |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

Aktivitäten und Teilhabe

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 Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?**

Begründung

|   |   |
|---|---|
| N | J |
|---|---|

---



---

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

|   |   |
|---|---|
| N | J |
| N | J |

**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**

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt



---

**E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:**

---

durch die Krankenkasse

durch den MDK

**F. Besondere Hinweise**

---



---



---



---

Datum

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

---



---



---

Original für die Krankenkasse

|                                |                  |         |
|--------------------------------|------------------|---------|
| 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

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |

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

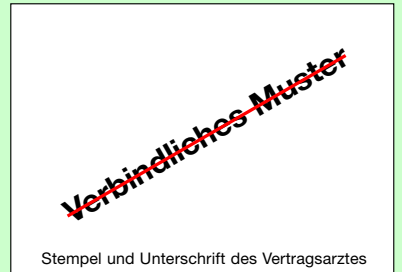
Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

**Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter**

Telefon-Nummer \_\_\_\_\_

Datum 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|



## 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 \_\_\_\_\_

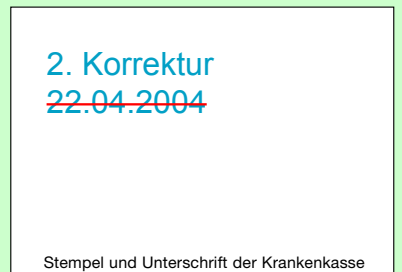
\_\_\_\_\_

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort \_\_\_\_\_

Datum 

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| T | T | M | M | J | J |
|---|---|---|---|---|---|



**Beide Blätter an die Krankenkasse  
Original danach zurück an den Vertragsarzt**