

Versicherungsnummer der Person, aus deren  
Versicherung die Leistung beantragt wird

 Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation  
von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)**
**G612**
**Hinweis:** Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Versicherte / Versicherter (Name, Vorname) - aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird		Geburtsdatum
Kind / Jugendliche / Jugendlicher (Name, Vorname)		Geburtsdatum
Postleitzahl	Straße, Hausnummer, Wohnort	
Telefonnummer der / des <b>Sorgeberechtigten</b>		

**Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!**

1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM
1.		
2.		
3.		
2	<b>Krankheitsvorgeschichte</b> (Beginn und Verlauf)	
3	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen</b>	
4	<b>Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik</b> (Unterlagen bitte in Kopie beifügen!)	
5	<b>Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung</b> (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)	
6	<b>Teilnahme an DMP?</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, welche?	
7	<b>Bisherige stationäre Behandlung</b> (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)	
8	<b>Rehabilitationsziel aus Ihrer Sicht?</b>	

Versicherungsnummer der Person, aus deren  
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen  
(soweit bekannt)

**9 Familiäre Krankheitsdisposition** (zum Beispiel Allergie, Asthma)

**10 Soziale Kontextfaktoren** (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)

**11 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind** (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft)

**12 Untersuchungsbefund**

Datum der Befunderhebung:

Gewicht:                    kg                    Größe:                    cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

- |                                      |   |  |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Atemwege    | <input type="checkbox"/> Haut             | <input type="checkbox"/> Herz / Kreislauf        |
| <input type="checkbox"/> Bauchorgane | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche |

von der Norm **abweichende Befunde:**

Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?

nein     ja

Falls nein, welche Abweichungen?

**13 Besteht Rehabilitationsfähigkeit?**

nein     ja

**14 Das Kind ist bei mir in Behandlung**

**laufend / häufig** seit: \_\_\_\_\_  **gelegentlich**, zuletzt am: \_\_\_\_\_

**15 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten**

**16 Besuch von**

Kindergarten     Regelschule \_\_\_\_\_ (Bitte Schulform und Klassenstufe angeben)

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

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

nein     ja, Schwerpunkt Lernen     ja, Schwerpunkt Geistige Entwicklung

**17 Bemerkungen**

Ich bitte um Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung     der Rehabilitationseinrichtung

**18 Ärztin / Arzt**

Name, Vorname

Telefonnummer

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Seite 2 von 2