

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Anzeige einer ärztlich verordneten familienorientierten Rehabilitation bei einer Krebs-, Herz- oder Mukoviszidose Erkrankung eines Kindes (FOR)

Ich zeige eine familienorientierte
Rehabilitation an für:

mein Kind

und

die begleitenden
Familienangehörigen

Die/Der Patientin/Patient hat Ansprüche
gegenüber anderen Kostenträgern.

Ja

bei

Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern

Beihilfeberechtigte mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Maßnahmen der Rehabilitation aus der gesetzlichen Rentenversicherung (§ 11 SGB VI) und Pflichtversicherte in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Anspruch auf Leistungen zu medizinischen Rehabilitationsmaßnahmen (§§ 23, 24, 40 und 41 SGB V) haben zunächst diese Leistungen beim Versicherungsträger zu beantragen. Nur wenn der Versicherungsträger die Leistungen ablehnt, können ggf. die Aufwendungen zu einer Rehabilitationsmaßnahme als beihilfefähig anerkannt werden. Die Ablehnungs- bzw. Zuschussbescheide der Versicherungsträger sind beizufügen.

Ort, Datum

 Unterschrift Mitglied bzw. Bevollmächtigte/r

Anlage
Ärztliche Verordnung

Absender

Versicherungsnummer

 Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

**Verordnung einer familienorientierten Rehabilitation bei Krebs-, Herz- oder Mukoviszidose-
 erkrankung eines Kindes (FOR) – vom Arzt auszufüllen**

Angaben zum Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

Klinische Anamnese/Rehabilitationsrelevante Diagnose

 Hauptdiagnose nach ICD-10 und Lokalisation
 der malignen Erkrankung

ICD-10

pTNM: Pathologische Klassifikation

pT

pN

pM

Histomorphologischer Befund:

 Histopathologisches Grading

1

2

3

4

G

 Die Erkrankung ist bekannt seit

 Monat/Jahr der
 Diagnose

Folgende(r) Hormonrezeptor(en) ist/sind bestimmt:

Positiv

Negativ

Tumormarker (Bezeichnung, Wert, Datum)

Krankenhausaufenthalte wegen der malignen Erkrankung

vom	bis	in

Es fanden Operationen statt Ja

Dauer und Art des
operativen Eingriffs

Eine Strahlentherapie wurde durchgeführt. Ja

vom ... bis

Art der Therapie
(z.B. Linearbeschleuniger,
Telekobalt, Afterloading,
Stereotaxie, Brachytherapie,
Isotopen)

Es fand eine zytostatische/hormonelle
Behandlung statt. Ja

mit dem Präparat

vom ... bis

Es fand eine unspezifische medikamentöse
Dauerbehandlung im Zusammenhang mit der
malignen Erkrankung statt. Ja

mit dem Präparat

Die Primärbehandlung wurde beendet im	Monat/Jahr
mit dem Therapieergebnis	Vollremission (CR)
	Teilremission (PR)
	seit

Progression, Rezidiv oder Metastasen wurden nachgewiesen	Ja
	festgestellt am
	von
	ggf. Art und Lokalisation
	seit
	Therapieart

Aktueller Lokalbefund, bezogen auf die maligne Erkrankung, ergab folgenden Rezidivtumorstatus (Rezidivtumor-rTNM)	T
	N
	M

Die letzte gebietsärztliche Untersuchung erfolgte am	Datum
--	-------

Der eingehende Allgemeinbefund ergab	Größe (cm)
	Gewicht (kg)
	Puls/min
	RR
	Karnofsky (%)

Es liegen Beeinträchtigungen der/des Patientin/Patienten vor durch:

- Anus praeter
- Harninkontinenz
- Bein-/Arm-Amputation
- hochgradige Sehschwäche/Blindheit
- Tracheostoma
- Colitis/Proctitis
- Diabetes
- Suchtproblematik
- Dauerkatheter
- Lymphödem
- Medikamentenallergie

Medizinisch-technische Befunde (Laborbefunde einschließlich CEA, EKG, Röntgen, CT, Sonographie, Endoskopie, u.a.)

Rehabilitationsfähigkeit

Das familiäre Umfeld ist

Problematisch
Unproblematisch

Die/der Patientin/Patient ist über die Bösartigkeit des Leidens aufgeklärt

Ja
Nicht bekannt

Die/der Patientin/Patient ist für die Reha-Maßnahme belastbar

Ja

Sonstige Angaben

Die Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln
privaten PKW
andere

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)

Folgende Rehabilitationsklinik(en) ist/sind zur Durchführung der Behandlung als geeignet anzusehen (inkl. Ortsangabe)

Für die Angaben des Arztes ist beim EBM die Ziffer 01611 für Mitglieder der Gruppe A und die GOÄ- Ziffer 75 für Mitglieder der Gruppe B berechnungsfähig.

Ort, Datum

Stempel/Unterschrift des/der behandelnden Arztes/Ärztin

Anlagen