PBeaKK
Gesund versichert.

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Antrag auf Anerkennung einer Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme

Ich beantrage eine Mutter/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme für

Name/Vorname der erwachsenen zu behandelnden Person

Name(n) des/der mitreisenden Kindes/Kinder

Die zu behandelnde Person hat im laufenden oder in den 3 vorangegangenen Kalenderjahren bereits eine als beihilfefähig oder durch die PBeaKK als erstattungsfähig anerkannte Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt und beendet. Ja ☐

Die zu behandelnde Person hat Ansprüche gegenüber anderen Kostenträgern. Ja ☐ bei

Die zu behandelnde Person erhält zurzeit Leistungen aus der gesetzlichen oder privaten Pflegeversicherung. Ja ☐ von

Für folgende Rehabilitationseinrichtung wird die Maßnahme beantragt.

Hinweis zu Ansprüchen gegenüber anderen Kostenträgern

Beihilfeberechtigte Personen 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 Rehabilitations-maßnahmen (§§ 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.

Das/die Kind(er) ist/sind versichert bei	PBeaKK	☐
	Sonstige Krankenversicherung	☐

Die Maßnahme für das/die Kind(er) wird beantragt, weil das Kind ebenfalls behandlungsbedürftig ist (s. ärztliches Attest)	Ja	☐
	Nein, sonstige Gründe	☐

Ich habe die Verordnung der behandelnden ärztlichen Person und weitere Befunde sowie Schlussberichte von Rehabilitationsmaßnahmen der letzten 3 Jahre für die PBeaKK bzw. die begutachtende Person als Anlage beigefügt.

Ort, Datum

Unterschrift Mitglied bzw. bevollmächtigte Person

Anlage
Ärztliche Verordnung

PBeaKK
Gesund versichert.

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Datum

Telefon

Verordnung einer Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme – von der behandelnden ärztlichen Person auszufüllen

Hinweis für die behandelnde ärztliche Person: Die Entscheidung über die Notwendigkeit erfolgt grundsätzlich nach Aktenlage. Unvollständige Angaben führen zu einer Verzögerung der Anerkennung bzw. zu vermeidbaren Rückfragen evtl. sogar zu einer Ablehnung der verordneten Behandlung.

Zu behandelnde Person

Geburtsdatum

Name, Vorname

Sozialanamnese

Lebenssituation der zu behandelnden Person

- Allein lebend ☐
- Ehe-/Lebenspartner*in ☐
- betreutes Wohnen ☐
- mit/bei Kindern ☐
- Pflegeeinrichtung ☐
- Unterstützende Angehörige in der Nähe ☐

Die zu behandelnde Person ist krankheitsbedingt in der Ausübung der beruflichen Tätigkeit eingeschränkt.

Ja ☐

Es liegt ein Pflegegrad vor bzw. es wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit gestellt.

Ja ☐

Pflegegrad

seit

Es ist eine Schwerbehinderung anerkannt.

Ja ☐

GdB und Merkzeichen

Klinische Anamnese

Welche Beschwerden liegen vor und seit wann? Wie ist der Krankheitsverlauf?

Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

Hauptdiagnose
(in Worten und nach ICD-10)

Weitere Diagnosen oder Indikationen,
die den Antrag begründen
(in Worten und nach ICD-10)

Die Diagnose(n) ist/sind zurückzuführen auf:

Dienst- oder Arbeitsunfall

sonstiger Unfall

Berufskrankheit

Versorgungsleiden / Gesundheitsschaden (BVG /OEG)

Sind Infekte und/oder Keime vorhanden? Ja

Wenn Ja, welche?

Gibt es psychosoziale Faktoren die
zu beachten sind (z.B. Depression,
Psychische Belastungen, Ängste ...)? Ja

Wenn Ja, welche?

Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

Nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	Keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	Personelle Hilfe nötig	Nicht durchführbar
Kommunikation (z.B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	☐	☐	☐	☐
Mobilität (z.B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	☐	☐	☐	☐
Selbstversorgung (z.B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z.B. Haushaltsführung)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Arbeit und Beschäftigung)	☐	☐	☐	☐

Ist eine Kommunikation in deutscher Sprache möglich? Ja ☐ Nein ☐

Wenn Nein, in welcher Sprache ist eine Kommunikation möglich?

Sonstige Beeinträchtigungen (z.B. Inkontinenz, Paresen, Demenz)

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z.B. Barthel-Index)

Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht aufgeführt:

Persönliches und familiäres Umfeld (z.B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

Berufliches/schulisches Umfeld (z.B. Überforderungssituation)

Soziales Umfeld (z.B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

Es liegen folgende Risikofaktoren vor:

Alkoholmissbrauch	☐	Übergewicht	☐
Nikotin	☐	Bewegungsmangel	☐
Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch	☐	Sonstiges	☐

Maßnahmen der Krankenbehandlung (in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation)

Bisherige ärztliche Intervention (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

Heilmittel	**In den letzten 12 Monaten erfolgt**	**Anzahl**	**Aussichts-reich**
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	☐		☐
Bewegungstherapie (z.B. KG und manuelle Therapie)	☐		☐
Traktionsbehandlung	☐		☐
Elektrotherapie	☐		☐
Inhalation	☐		☐
Wärme-/Kältetherapie	☐		☐
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	☐		☐
Ergotherapie	☐		☐

Hinweis zu der abgegebenen Einschätzung

Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel (Welche? Seit wann? Aussichtsreich?)

Andere Maßnahmen	**Durchgeführt**	**Aussichtsreich**
Psychotherapie	☐	☐
Rehabilitationssport/Funktionstraining	☐	☐
Patientenschulung	☐	☐
Ernährungsberatung	☐	☐
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	☐	☐
Sonstiges	☐	☐

Rehabilitationsfähigkeit

Die zu behandelnde Person verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit	Ja	☐
Die zu behandelnde Person verfügt über die erforderliche Mobilität	Ja	☐
Die zu behandelnde Person verfügt über eine ausreichende Motivation	Ja	☐
Die zu behandelnde Person ist motivierbar	Ja	☐

Rehabilitationsziele

Ziele aus Sicht der behandelnden ärztlichen Person im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/Angehörigen

Rehabilitationsprognose

Eine positive Rehabilitationsprognose
besteht hinsichtlich der:

Schädigungen	☐
Aktivitäten und Teilhabe	☐
Kontextfaktoren	☐
Ziele aus Sicht der zu behandelnden Person/Angehörigen	☐

Sonstige Angaben

Besondere Anforderungen an die Rehabiliationseinrichtung (z.B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

Die Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln ☐

privaten PKW ☐

andere ☐

Die beantragte Rehabilitationsleistung ist vor Ablauf der Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig.

Ja ☐

Weil

Zusammenfassende Wertung

Eine stationäre Mutter-/Vater-Kind-Rehabilitationsmaßnahme wird dann als notwendig angesehen, wenn sie nicht durch eine andere Behandlung mit gleicher Erfolgsaussicht ersetzt werden kann:

Die ambulante ärztliche Behandlung und Anwendung von Heilmitteln am Wohnort sind nicht ausreichend, um die Rehabilitationsziele zu erreichen. Ja ☐

Ein gleichwertiger Rehabilitationserfolg kann nicht durch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme erzielt werden. Ja ☐

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

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen

Voraussichtlich benötigte Rehabilitationsdauer in Tagen (max. 21 Tage).

Für die Angaben der behandelnden ärztlichen Person 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 der behandelnden ärztlichen Person

☐ Anlagen