

Absender

 Postbeamtenkrankenkasse
 70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

**Aktiv Beschäftigte Post: Anzeige einer ärztlich verordneten ambulanten
 Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung**

 Ich zeige eine ambulante
 Rehabilitationsmaßnahme an für:

mich

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

Ja

bei

Hinweis zu Ansprüchen 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 ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung – vom behandelnden Arzt auszufüllen

Angaben zum Patienten

Geburtsdatum

Name, Vorname

Sozialanamnese

Lebenssituation der/des
Patientin/Patienten

Allein lebend
mit (Ehe-) Partner/-in

betreutes Wohnen
mit/bei Kindern

Pflegeeinrichtung

Unterstützende
Angehörige in der Nähe

Die/Der Patientin/Patient ist krankheitsbedingt
in der Ausübung seiner/ihrer 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 (verlangsam 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	Aussichtsreich
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/Der Patientin/Patient verfügt über ausreichende psychische Belastbarkeit Ja

Die/Der Patientin/Patient verfügt über die erforderliche Mobilität Ja

Die/Der Patientin/Patient verfügt über eine ausreichende Motivation Ja

Die/Der Patientin/Patient ist motivierbar Ja

Rehabilitationsziele

Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Rehabilitationsprognose

Eine positive Rehabilitationsprognose besteht hinsichtlich der:

Schädigungen
Aktivitäten und Teilhabe
Kontextfaktoren
Ziele aus Sicht des
Patienten/Angehörigen

Sonstige Angaben

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 Anreise kann erfolgen mit:

Öffentlichen Verkehrsmitteln

privaten PKW

andere

Zusammenfassende Wertung

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

Folgende spezifischen Therapiemaßnahmen werden vorgeschlagen

Voraussichtlich benötigte Rehabilitationsdauer in Tagen

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