

Absender

Versicherungsnummer

Postbeamtenkrankenkasse  
70467 Stuttgart

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

---

**Aktiv Beschäftigte Post: 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 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 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 Person

**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
vom	bis	in
vom	bis	in
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