

Freigabe 25.11.2015

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Name, Vorname des Versicherten
P., Sybille

28 Jahre geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betriebsstätten-Nr. Arzt-Nr. Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
1. mittelgradige depressive Episode	F32.1		
2.			
3.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
4.			
5.			
6.			

* Seitenlokalisation
R = rechts
L = links
B = beidseits

** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IISG)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf)

Beginn vor 7 Monaten; vorübergehende Besserung nach Beschäftigungsaufnahme in
Anwaltskanzlei des Ehemanns vor 3 Monaten, seit 6 Wochen wieder
Beschwerdeverschlechterung unter Arbeitsbelastung und Auseinandersetzungen mit Kollegin.

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

Müde, erschöpft, niedergeschlagen, ängstlich; Schlafstörungen, Grübelneigung; Kopfschmerzen,
Palpitationen, Gefühl, in Ohnmacht zu fallen; Konzentrations- und Antriebsstörungen

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

Hausärztlich/psychosomat. Grundversorgung; pflanzl. Antidepressivum seit 6 Wochen;
Termin bei Psychiater erst in 10 Wochen möglich.

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

6 x Massage (Schulter-/Nacken)

☒ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☒ nein ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

psychotherapeutische Intervention, Stärkung von Stresstoleranz und Selbstbewusstsein

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Freigabe 25.11.2015	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
P., Sybille 28 Jahre			

61 Teil C

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	☐	☒	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	☐	☒	☐	☐
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	☒	☐	☐	☐
Mobilität	☒			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		☐	☐	☐
Stehen / Gehen		☐	☐	☐
Treppensteigen		☐	☐	☐
Sonstige		☐	☐	☐

Selbstversorgung

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Essen / Trinken		☒		
An- / Auskleiden		☐	☐	☐
Waschen		☐	☐	☐
Baden / Duschen		☐	☐	☐
Toilettenbenutzung		☐	☐	☐
Sonstige		☐	☐	☐

Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☒	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☒	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	☐	☒	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	☐	☒	☐	☐

H. Kontextfaktoren

- 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**
 (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

Arbeitet bei Ehemann, ist dort (mit abgeschl. Jurastudium) nur für Schreibarbeiten und Archivierung zuständig; Keine Unterstützung durch Ehemann bei Konflikten mit Kollegin; kein wenig Kontakte zu Freundinnen/ehem. Kommilitonen; konfliktreiche Familienkonstellation.

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel	☐ Übergewicht	☐ Untergewicht	☐ Medikamente	☐ Nikotin
☐ Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)				

Verbindliches Muster

P., Sybille 28 Jahre

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

☒ ja☐ nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

Besserung der depressiven Symptomatik, Konfliktmanagement; Stärkung des Selbstbewusstseins, Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit.

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☒ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☒ ambulant☐ ambulant-mobil☒ stationär☐ Mütter-Leistung☐ Väter-Leistung☐ als Mutter-Kind-Leistung☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

☒ nein ☐ ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☒ ja☐ nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

☒ ja☐ nein

D. Reisefähigkeit

☒ öffentliche Verkehrsmittel☐ PKW erforderlich☐ Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)

F. Rückruf erbeten unter

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Datum

TTMMJJ

Dr. Seelbinder

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes