Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

rehapro Projekt MeKi

Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)

G0612

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst elektronisch) ausfüllen.

Name, Vorname **der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird**	Geburtsdatum
Kind (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer	
Postleitzahl / Wohnort	

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation	**ICD-10**
1. Persönlichkeits- und Verhaltensstörung	F68.8
2. Andere abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle	F63.8
3.	

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)

3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen

Medienabhängigkeit.

4 Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)

5 Untersuchungsbefund — Datum der Befunderhebung:

Gewicht: kg **Größe:** cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

☐ Atemwege ☐ Haut ☐ Herz / Kreislauf

☐ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☐ Nervensystem und Psyche

von der Norm **abweichende Befunde:**

Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?

☐ nein ☐ ja

Falls nein, welche Abweichungen?

G0612-00 DRV
Version 05005 - AGDR 1/2019 - Stand 11.03.2019

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | Kennzeichen (soweit bekannt) | MSAT / MSNR

rehapro Projekt MeKi

6 Art und Umfang der bisherigen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Teilnahme an DMP, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)

7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

8 Das Kind ist bei mir in Behandlung

☐ **laufend / häufig** seit: _____ ☐ **gelegentlich**, zuletzt am: _____

9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / **Therapeuten**

10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?

11 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Adipositas, Allergie, Asthma)

12 Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)

13 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft, ausreichende Belastbarkeit)

14 Besuch von

☐ Kindergarten ☐ Schule _____ (Schulform und Klassenstufe)

☐ Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

☐ nein ☐ ja, Schwerpunkt Lernen ☐ ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

15 Bemerkungen

Medienabhängigkeit.

Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt

☐ des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung ☐ der Rehabilitationseinrichtung

16 Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut

Name, Vorname	Telefonnummer

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

G0612-00 DRV
Version 05005 - AGDR 1/2019 - Stand 11.03.2019