

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation*

61 Teil A

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen **Nein** = ☐ **Ja** = ☐

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend	☐	mit (Ehe-)Partner/-in	☐	betreutes Wohnen	☐
mit / bei Kindern	☐	Pflegeeinrichtung	☐		

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus? (berufliche Tätigkeit, Schüler/-in, Student/-in, Hausfrau/Hausmann, Rentner/-in)

Stunden/Woche:

Schichtdienst

☐ N ☐ J

und zwar:

arbeitslos	☐	seit		arbeitsunfähig	☐	seit	
------------	--------------------------	------	----------------------	----------------	--------------------------	------	----------------------

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung

☐ N ☐ J

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe	GdB	Merkzeiche n
Schwerbehinderung anerkannt	☐ N ☐ J	

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

1.		
2.		
3.		

Diagnose(n) Nummer(n)	ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall	☐	sonstiger Unfall	☐	Berufskrankheit	☐	Gesundheitsschaden nach dem BVG	☐
----------------------------	--------------------------	------------------	--------------------------	-----------------	--------------------------	---------------------------------	--------------------------

Original für die Krankenkasse

Muster 61Teil A,a (7.2004)

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

B. 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)	☐	☐	☐	☐

Sonstige

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

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

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

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

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

Risikofaktoren

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

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

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel	In den letzten 12 Monaten erfolgt				Anzahl	Aussichtsreich					In den letzten 12 Monaten erfolgt				Anzahl	Aussichtsreich			
	N	J				N	J				N	J				N	J		
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J				N	J				N	J				N	J		
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	N	J				N	J				N	J				N	J		
Traktionsbehandlung	N	J				N	J				N	J				N	J		
Elektrotherapie	N	J				N	J				N	J				N	J		
Inhalation	N	J				N	J				N	J				N	J		

Wärme-/Kältetherapie
Standardisierte Heilmittelkombinationen
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Ergotherapie

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann?

Verordnet	N	J
-----------	---	---

Aussichtsreich	N	J
----------------	---	---

E. Andere Maßnahmen

Psychotherapie

Durchgeführt	N	J
	N	J
	N	J

Aussichtsreich	N	J
	N	J
	N	J

Rehabilitationssport/Funktionstraining

Patientenschulung

Ernährungsberatung
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen
Medizinische Vorsorgeleistungen

Durchgeführt	N	J
	N	J
	N	J

Aussichtsreich	N	J
	N	J
	N	J

F. Sonstiges

Durchgeführt	N	J
	N	J

Aussichtsreich	N	J
	N	J

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

N	J
N	J

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

N	J
N	J

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

Der Patient ist motivierbar

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

N	J
N	J

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

N	J
N	J

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

IX. Sonstige Angaben

A. **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)

B. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend

☐

PKW erforderlich

☐

Krankentransport erforderlich

☐

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung

N	J
---	---

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

N	J
N	J

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulante Rehabilitation

☐

stationäre Rehabilitation

☐

B. Inhaltliche Schwerpunkte

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befundberichte

weil

sind beigefügt

☐

sind nicht beigefügt

☐

--

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

--

durch die Krankenkasse

☐

durch den MDK

☐

F. Besondere Hinweise

Datum

T	T	M	M	J	J		
---	---	---	---	---	---	--	--

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Original für die Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation*

61 Teil A

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen

Nein =

☐

Ja =

☐

I. Sozialanamnese

A. Lebenssituation

allein lebend

☐

mit (Ehe-)Partner/-in

☐

betreutes Wohnen

☐

mit / bei Kindern

☐

Pflegeeinrichtung

☐

B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche:

und zwar:

Schichtdienst

☐
☐

arbeitslos

☐

seit

arbeitsunfähig

☐

seit

C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung

☐
☐

D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflege-Versicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe

GdB

Merkzeiche n

Schwerbehinderung anerkannt

☐
☐

II. Klinische Anamnese

Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

1.

2.

3.

Diagnose(n) Nummer(n)

ist / sind zurückzuführen auf

Arbeitsunfall, Schulunfall

☐

sonstiger Unfall

☐

Berufskrankheit

☐

Gesundheitsschaden nach dem BVG

☐

Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

B. 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/-aufnahm e	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (z. B. Haushaltsführung)	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Verhalten, Aufrechterhalte n	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	☐	☐	☐	☐

Sonstige

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

C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

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

Berufliches/schulisches Umfeld (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

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

Risikofaktoren

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

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

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

B. Arzneimitteltherapie (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten)

C. Heilmittel	In den letzten 12 Monaten erfolgt				Anzahl	Aussichtsreich			
	N	J				N	J		
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J				N	J		
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie)	N	J				N	J		
Traktionsbehandlung	N	J				N	J		
Elektrotherapie	N	J				N	J		
Inhalation	N	J				N	J		

Wärme-/Kältetherapie
Standardisierte Heilmittelkombinationen
Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie
Ergotherapie

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung

D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

Welche? Seit wann?

Verordnet	Aussichtsreich
N J	N J

E. Andere Maßnahmen

Psychotherapie
Rehabilitationssport/Funktionstraining
Patientenschulung

Durchgeführt	Aussichtsreich
N J	N J
N J	N J
N J	N J

Ernährungsberatung
Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen
Medizinische Vorsorgeleistungen

Durchgeführt	Aussichtsreich
N J	N J
N J	N J
N J	N J

F. Sonstiges

Durchgeführt	Aussichtsreich
N J	N J
N J	N J

VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit

N	J
N	J

Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation

N	J
N	J

Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität

Der Patient ist motivierbar

N	J
N	J

VII. Rehabilitationsziele

A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf

a) Schädigungen

b) Beeinträchtigung der Aktivitäten und der Teilhabe

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

N	J
N	J

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

N	J
N	J

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

IX. Sonstige Angaben

A. **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)

B. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend

☐

PKW erforderlich

☐

Krankentransport erforderlich

☐

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung

N	J
---	---

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

N	J
N	J

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulante Rehabilitation

☐

stationäre Rehabilitation

☐

B. Inhaltliche Schwerpunkte

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

D. Vorliegende Befundberichte

weil

sind beigefügt

☐

sind nicht beigefügt

☐

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse

☐

durch den MDK

☐

F. Besondere Hinweise

Datum

T	M	M	J		
---	---	---	---	--	--

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt

t