PBeaKK
Gesund versichert.

Absender

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Datum

Telefon

Anzeige einer ärztlich verordneten ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung

Ich zeige eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme an für:

- mich ☐
- Ehe- / Lebenspartner ☐
- Kind ☐

Name des Ehe- / Lebenspartners oder Kindes

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

PBeaKK
Gesund versichert.

Absender

Postbeamtenkrankenkasse
70467 Stuttgart

Versicherungsnummer

Mitglied (Name, Vorname)

Datum

Telefon

Verordnung einer ambulanten Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung – vom 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 (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)	☐	☐	☐	☐

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**	**Aussichts-reich**
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 Rehabiliationseinrichtung (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

Eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme in einer Rehabilitationseinrichtung wird empfohlen: Ja ☐

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