

## Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum	
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname		
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort

DMP-Patient

### A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	<input type="text"/>
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	<input type="text"/>
3. Sonstige Diagnosen	<input type="text"/>
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Privatunfalles

### B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

Patient     beh. Arzt     Betriebsarzt     Krankenkasse     Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht wegen  
 nein     ja, seit

### C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

Alkohol     Drogen     Medikamente     Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt  
 nein     ja

### D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

### E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

### F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

### G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen

ohne     leicht-gradig     mittel-gradig     schwer-gradig     höchst-gradig

## H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Sinnesorgane  
 Haut  
 Atmungsorgane  
 Herz/Kreislauf

- Bauchorgane  
 Kontinenzorgane  
 Wirbelsäule  
 obere Extremitäten

- untere Extremitäten  
 Nervensystem  
 Psyche  
 geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3.  Taubheit  Blindheit  ausgeprägte Gehstörung  auf Rollstuhl angewiesen  ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht  kg Größe  cm RR  mmHG Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

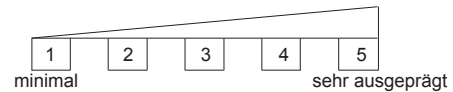
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

nein  ja

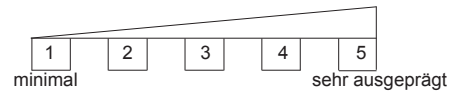
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

nein  ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Reha-Maßnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

nein  ja

7. Haben Sie zu einem Rentenanspruch geraten?

nein  ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

nein  ja

wenn ja, welche?

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? wenn ja, welche?

nein  ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

nein  ja

wenn nein, welche?

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

nein  ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

nein  ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

nein  ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

nein  ja

L 1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Rentenversicherungsträgers  der Reha-Klinik

Uhrzeit

2. Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

nein  ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes





## Ärztlicher Bericht zum Antrag auf Leistungen zur Teilhabe (Rehabilitationsantrag)

Versicherungsnummer	Geburtsdatum	
Name, Vorname, ggf. auch Geburtsname		
Straße und Hausnummer	PLZ	Wohnort

DMP-Patient

### A Diagnosen in der Reihenfolge einer Bedeutung für die Rehabilitation

Diagnoseschlüssel ICD 10

1. Hauptdiagnose	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
2. Reha-relavante Nebendiagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
3. Sonstige Diagnosen	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/>
4. Ein wesentliches Leiden ist (vermutlich) Folge eines	
<input type="checkbox"/> Arbeitsunfalles/Berufskrankheit	<input type="checkbox"/> Privatunfalles

### B 1. Die Antragstellung wurde angeregt durch

Patient     beh. Arzt     Betriebsarzt     Krankenkasse     Servicestelle

2. Arbeitsunfähigkeit besteht wegen  
 nein     ja, seit

### C 1. Missbrauch/Gefährdung durch (Laborwerte (g GT, CDT, MCV, Drogenscreening) bitte beifügen, soweit vorhanden)

Alkohol     Drogen     Medikamente     Sonstige

2. Entwöhnungsbehandlung angezeigt  
 nein     ja

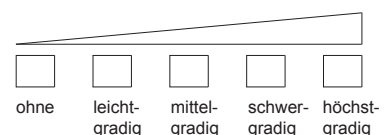
### D 1. Krankheitsvorgeschichte und -verlauf (Berichte und Gutachten der letzten Jahre bitte beifügen)

### E 1. Therapie in den letzten 6 Monaten (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

### F 1. Jetzige Beschwerden, die für die Antragstellung maßgeblich waren

### G 1. Gesundheitliche Einschränkungen im Alltag und Beruf

2. Ausprägungen der Einschränkungen



ohne     leicht-gradig     mittel-gradig     schwer-gradig     höchst-gradig

## H Untersuchungsbefund

1. Normalbefunde/normale Funktion

Datum der letzten Befunderhebung

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

- Sinnesorgane  
 Haut  
 Atmungsorgane  
 Herz/Kreislauf

- Bauchorgane  
 Kontinenzorgane  
 Wirbelsäule  
 obere Extremitäten

- untere Extremitäten  
 Nervensystem  
 Psyche  
 geistige Leistungsfähigkeit

2. pathologische Befunde/Funktionsstörungen

3.  Taubheit  Blindheit  ausgeprägte Gehstörung  auf Rollstuhl angewiesen  ausgeprägte geistige Behinderung

4. Gewicht  kg Größe  cm RR  mmHG Puls

I 1. Ziele einer Rehabilitationsmaßnahme aus Ihrer Sicht

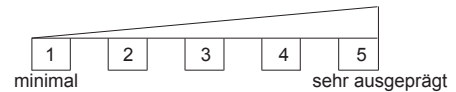
2. Sind diese mit dem Patienten besprochen?

nein  ja

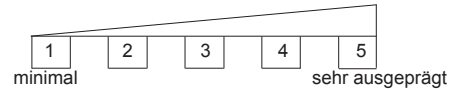
3. Ist der Patient **motiviert, aktiv** an der Rehabilitation **mitzuwirken**?

nein  ja

4. Rehabilitationsbedürftigkeit des Patienten aus Ihrer Sicht



5. In welchem Ausmaß erwarten Sie eine nachhaltige Besserung der gesundheitlichen Beeinträchtigungen durch die Reha-Maßnahme?



6. Erwarten Sie, dass die bisherige berufliche Tätigkeit weitergeführt werden kann?

nein  ja

7. Haben Sie zu einem Rentenantrag geraten?

nein  ja

J 1. Anregung spezieller Maßnahmen

2. Wird eine bestimmte Behandlungsstätte bevorzugt?

nein  ja

wenn ja, welche?

K 1. Ist in Kürze weitere Diagnostik oder Akuttherapie (z. B. OP) geplant? wenn ja, welche?

nein  ja

2. Ist Verständigung in deutscher Sprache für erfolgreiche Rehabilitation ausreichend?

nein  ja

wenn nein, welche?

3. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine Rehabilitationsmaßnahme?

nein  ja

4. Besteht ausreichende Belastbarkeit für eine ganztägig ambulante Rehabilitation? (tägl. Hin- und Rückfahrt zu und von der Reha-Einrichtung, häusliche Versorgung)

nein  ja

5. Besteht die Notwendigkeit einer zeitweisen Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld?

nein  ja

6. Besteht Reisefähigkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln?

nein  ja

L 1. Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt

des Rentenversicherungsträgers  der Reha-Klinik

Uhrzeit

2. Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen

nein  ja

M 1. Telefonnummer des Arztes

Ort, Datum

Unterschrift/Stempel des Arztes



