

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag
auf Kostenbeteiligung bei medizinischen
Reha-Maßnahmen**

- bitte nicht bei AHB benutzen -



Mitgliedsnummer:

1)

Titel _____ Geburtsdatum _____

Name _____ Vorname _____

2) arbeitsunfähig nein ja ggf. seit ..
wegen _____

- Bitte deutlich oder in Druckbuchstaben schreiben -

3) Diagnose(n) in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)
- bitte ggf. Zusatzblatt beifügen –

4) Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Taubheit Blindheit wesentliche Gehbehinderung Rollstuhl

sonstige Behinderung:

Mitgliedsnummer:

4a) Krankheitsvorgeschichte, Risikofaktoren sowie tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

4b) Risikofaktoren / Gefährdung durch:

- Alkohol Drogen Medikamente Nikotin
 sonstige:

5) Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung: ..

Ohne Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege Herz/Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat
 Nervensystem und Psyche

Gewicht: _____ kg Größe: _____ cm RR: _____ mm Hg Puls: _____.

von der Norm abweichende Befunde:

6) Bisherige Therapien und Ergebnisse (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)

7) Erforderliche Maßnahmen

- stationäre Rehabilitation sonstige

(bei Entwöhnungsbehandlung ist auch ein ausführlicher Sozialbericht erforderlich)

7a) Anregung spezieller Maßnahmen

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diätschulung | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung | <input type="checkbox"/> Psychotherapie |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining | | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalationen | | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> sonstige: | | |

| | | |
|--|--|---|
| 8) Ist die Belastbarkeit für die Rehabilitation gegeben? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht eine Schwangerschaft? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| 9) Kann der Patient | | |
| • ohne fremde Hilfe essen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • sich alleine waschen und anziehen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| • sich alleine in der Rehaklinik bewegen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Harninkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Liegt ein Blasenkatheter? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Besteht Stuhlinkontinenz? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein |
| Kann der Patient | | |
| • mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen? | <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, welches andere Verkehrsmittel? |
| _____ | | |
| <input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson | <input type="checkbox"/> ja, mit Begleitperson | |
| Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich? | | |
| <input type="checkbox"/> ja | <input type="checkbox"/> nein, in welcher | |
| Gesundheitsschäden sind entstanden durch | | |
| 1. <input type="checkbox"/> Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit | | |
| 2. <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung | | |
| 3. <input type="checkbox"/> Unfall | | |
| 4. <input type="checkbox"/> 1-3 entfällt | | |
| 10) Bemerkungen (bitte ggf. Zusatzblatt beifügen) | | |
| | | |
| Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt | | |
| <input type="checkbox"/> des Versorgungswerkes | <input type="checkbox"/> der | |
| Rehabilitationseinrichtung | | |
| 11) Antrag erfolgt auf meine Anregung | | |
| 12) Bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen | | |
| 13) Etwaige Kosten dieses Befundberichtes gehen zu Lasten des/der Antragsteller(in) | | |

Ort, Datum

Stempelndruck

Unterschrift des Arztes