

Bitte zurück an die

Apothekerversorgung Niedersachsen
Potsdamer Str. 47
14163 Berlin (Zehlendorf)

Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Kostenbeteiligung bei medizinischen Reha-Maßnahmen

- bitte **nicht** bei AHB benutzen -

Mitgl.-Nr.:

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:

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? Verkehrsmittel?	<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein, welches andere

<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