

**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) UntersuchungsbefundDatum 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:

(bei weiteren Ausführungen bitte gesondertes Blatt verwenden)

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"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalationen | | <input type="checkbox"/> Logopädie |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik | | <input type="checkbox"/> Ergotherapie |
| <input type="checkbox"/> sonstige: _____ | | |

8) Ist die Belastbarkeit für die Rehabilitation gegeben?

- ja nein

Besteht eine Schwangerschaft?

- ja 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? ja nein, welches andere Verkehrsmittel?

ja, mit Begleitperson

Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?

ja nein, in welcher? _____

Gesundheitsschäden sind entstanden durch

1. Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit
2. Wehrdienstbeschädigung
3. Unfall
4. 1-3 entfällt

10) Bemerkungen (bitte ggf. Zusatzblatt beifügen)**11) Der Antrag erfolgt auf meine Anregung** ja nein**12) Ich bitte um Rücksendung der beigefügten ärztlichen Unterlagen** ja nein**13) Etwaige Kosten dieses Befundberichtes gehen zu Lasten des/der Antragsteller(in)**

Ort, Datum

Stempelabdruck

Unterschrift des Arztes