

**Ärztlicher Entlassungsbericht**

Bl. 1

Versicherungsnummer										Kennzeichen			
Patientin / Patient (Name, Vorname)													
Geb.-Datum, sofern nicht in o.a. VSNR enthalten													
Straße, Hausnummer													
Postleitzahl				Wohnort									
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch													

MSNR				BNR	
Rehabilitationseinrichtung					
Abteilung					
IK-NR				Abt.-NR	

Aufnahmedatum


Entlassungsdatum


stationär  
ganztagig  
ambulant  
ambulant

Entlassungsform  
1 = regulär  
2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung  
3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis  
4 = vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis  
5 = disziplinarisch  
6 = verlegt  
7 = Wechsel zu ambulanter, ganztagig ambulanter, stationärer Reha  
9 = gestorben

Arbeitsfähigkeit  
0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben  
1 = arbeitsfähig  
3 = arbeitsunfähig  
4 = Kinder-Reha  
5 = Hausfrau / Hausmann  
9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)

**Diagnosen**

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seitenlokal.	Diagn. Sicherh.	Beh. Ergebn.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					

Aufnahmegewicht (ganze kg)


Entlassungsgewicht (ganze kg)


Körpergröße (ganze cm)


Ursache der Erkrankung (1. Diagnose)  
0 = 1 - 5 trifft nicht zu  
1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall  
2 = Berufskrankheit  
3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolge  
4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst  
5 = Meldepflichtige Erkrankung

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme  
0 = keine  
1 = bis unter 3 Monate  
2 = 3 bis unter 6 Monate  
3 = 6 und mehr Monate  
9 = nicht erwerbstätig

DMP-Patient  
0 = kein DMP-Patient  
1 = Diabetes mellitus Typ 1  
2 = Diabetes mellitus Typ 2  
3 = Brustkrebs  
4 = KHK  
5 = Asthma bronchiale / COPD  
6 = mehrere DMP  
7 = andere DMP

**Empfehlungen:** Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Patienten	Rentenversicherung
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung	<input type="checkbox"/> Übungen selbstständig fortsetzen	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP	<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Alkoholikarenz	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge (z. B. IRENA, Curriculum Hannover, Suchtnachsorge)
<input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> Sport und Bewegung	<input type="checkbox"/> Funktions-training
<input type="checkbox"/> Suchberatung	<input type="checkbox"/> Nikotinikarenz	<input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen
<input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physiotherapie und Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe	

**Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:**

Unterschriftsdatum


Ort


Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. \_\_\_\_\_

Versions-Nr.

0	3