

Reha-Nachsorge-Dokumentation

Versicherungsnummer		Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR	BNR
Patientin / Patient (Name, Vorname)			Rehabilitationseinrichtung	
Geb.-Datum, sofern nicht in o.a. VSNR enthalten				
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl	Wohnort		Abteilung	
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch			IK-Nr.	Abt.-Nr.

Dauer

Beginndatum	Abschlussdatum
-------------	----------------

Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seiten- lokali.	Diagn. Sicherh.	Beh. Ergebn.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseits
1.					
2.					
3.					Diagnosesicherheit A = Ausgeschl. Diagn. V = Verdachtsdiagn. Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagn.
4.					Behandlungsergebnis 0 = 1 - 3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert
5.					

Untersuchungsbefund und Funktionsveränderungen

Bestehende Funktionseinschränkung(en) und von der Norm abweichende Befunde an folgenden Organsystemen:

☐ Herz / Kreislauf
 ☐ Bewegungsapparat
 ☐ Nervensystem
 ☐ Psyche
 ☐ sonstige

Erläuterungen:

Gewicht: (ganze kg) Beginn Abschluss

Beschreibung der erreichten Funktionsveränderung(en) im prä / post Vergleich:

Untersuchungsdatum

Arbeitsfähigkeit

arbeitsfähig	arbeitsunfähig	voraussichtlich bis:
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Seit wann?	