

**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													

MSAT / MSNR									
Rehabilitationseinrichtung									
Abteilung									
IK-NR					Abt.-NR				

Aufnahmedatum	Entlassungsdatum	Art der Durchführung	Besondere Behandlungsformen
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> 1 = stationär <input type="checkbox"/> 2 = ganztägig ambulant <input type="checkbox"/> 3 = ambulant	<input type="checkbox"/> 0 = keine <input type="checkbox"/> 1 = MBOR <input type="checkbox"/> 2 = VMO <input type="checkbox"/> 3 = VOR <input type="checkbox"/> 9 = Sonstige

Diagnosen

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

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

<input type="checkbox"/> Krankheitsursache 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	<input type="checkbox"/> 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, ganztägig ambulanter, stationärer Reha 9 = gestorben	<input type="checkbox"/> Arbeitsfähigkeit 0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben 1 = arbeitsfähig 3 = arbeitsunfähig 4 = Kinder-Reha 5 = Hausfrau / Hausmann 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)	<input type="checkbox"/> 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
<input type="checkbox"/> AU bei Aufnahme 1 = ja 2 = nein			

Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen	Rentenversicherung	Patienten
<input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung <input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP <input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport <input type="checkbox"/> Funktions-training	<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge	

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftsdatum	Ort	Versions-Nr.
<input type="text"/>	<input type="text"/>	0 4

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff.

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt