

**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

--

--

ganztägig

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, ganztägig 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"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente	<input type="checkbox"/> Übungen selbstständig fortsetzen <input type="checkbox"/> Sport und Bewegung	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport <input type="checkbox"/> Funktions-training
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP <input type="checkbox"/> Suchberatung	<input type="checkbox"/> Gewichtsreduktion <input type="checkbox"/> Nikotin-karenz	<input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physiotherapie und Ergotherapie	<input type="checkbox"/> Alkoholkarenz <input type="checkbox"/> Selbsthilfe-gruppe	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge (z. B. IRENA, Curriculum Hannover, Suchtnachsorge)

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftsdatum

Ort

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff.

Versions-Nr.

0 3