



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

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
1 = stationär
2 = ganztagig ambulant
3 = ambulant

Besondere Behandlungsformen
0 = keine
1 = MBOR
2 = MBOR und VOR
3 = VOR
9 = Sonstige

Diagnosen

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

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

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

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)

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

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"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen
<input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP	<input type="checkbox"/> Suchtberatung	<input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport
<input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie	<input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<input type="checkbox"/> Funktions-training
	<input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge	<input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe
		<input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftdatum

Ort

Versions-Nr.

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt

Ärztlicher
Entlassungsbericht

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

A. Letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit

Bezeichnung der Tätigkeit (weitere Ausführungen auf Blatt 2)				<input type="checkbox"/> Beschäftigung besteht
Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem die letzte sozialversicherungspflichtige Tätigkeit ausgeübt werden kann.	<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden	

B. Positives und negatives Leistungsvermögen (allgemeiner Arbeitsmarkt)
Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich1. **Positives** Leistungsvermögen: Folgende Arbeiten können verrichtet werden

Körperliche Arbeitsschwere	<input type="checkbox"/> schwere Arbeiten	<input type="checkbox"/> mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte bis mittelschwere	<input type="checkbox"/> leichte						
Arbeitshaltung im Stehen	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> ständig	<input type="checkbox"/> über- wiegend	<input type="checkbox"/> zeitweise	<input type="checkbox"/> Rollstuhlpflicht
Arbeitsorganisation	<input type="checkbox"/> Tagesschicht	<input type="checkbox"/> Früh- / Spätschicht	<input type="checkbox"/> Nachschicht							

2. **Negatives** Leistungsvermögen: Einschränkungen beziehen sich auf (Art / Ausmaß müssen differenziert unter **Abschnitt C.** beschrieben werden):

<input type="checkbox"/> psychomotorische Funktionen	<input type="checkbox"/> Sinnesfunktionen	<input type="checkbox"/> bewegungsbezogene Funktionen	<input type="checkbox"/> kardio-pulmonale Funktionen
<input type="checkbox"/> relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren		<input type="checkbox"/> sonstige	

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine
Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen
Leistungsvermögen ausgeübt werden kann.

<input type="checkbox"/> 6 Stunden und mehr	<input type="checkbox"/> 3 bis unter 6 Stunden	<input type="checkbox"/> unter 3 Stunden
---	--	--

C. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)



Ärztlicher
Entlassungsbericht

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)

Ärztlicher
Entlassungsbericht

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Erläuterungen:

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

Versions-Nr.

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

0 2

Ärztlicher
Entlassungsbericht

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Erläuterungen:

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

Versions-Nr.

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

0 2

Ärztlicher
Entlassungsbericht

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Leistungsdaten: durchgeführte therapeutische Leistungen

	KTL - Code	Dauer	Anzahl
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			
11.			
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			

Erläuterungen:

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

Versions-Nr.

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min. Z = keine
B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. W ≥ 360 Min. Zeitangabe möglich

0 2



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte:



**Ärztlicher
Entlassungsbericht**

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht entsprechend der im Leitfaden vorgegebenen Gliederung unter Verwendung der Punkte und Unterpunkte: