

Name, Vorname des Versicherten

geb. am

Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

**Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend**

Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit

(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

### I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

#### A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel  
ICD-10-GM Ursache \*

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

\* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
- 2 = Berufskrankheit
- 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)
- 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
- 5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)

#### B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatriotypische Diagnosen

4. \_\_\_\_\_
5. \_\_\_\_\_
6. \_\_\_\_\_

### II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

#### A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesondere Beginn und Verlauf) und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

---



---

#### B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)

---



---

#### C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität	Kognition	Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG sek + Chair Rise sek	MMST / 30	Schmerzskala / 10	Ergometrie Watt
Handkraft kg oder kpa	GDS 15 / 15		FEV1 % + VK %
DEMMI / 100 Tinetti / 28	Uhren- test / 7		NYHA-Stadium

#### D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote); einschließlich Heilmittelverordnung (in den letzten 6 Monaten)

---



---

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

#### E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein       ja, welche? \_\_\_\_\_