Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter).
Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen			
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* ***Seitenlokalisation***
R = rechts
L = links
B = beidseits

** ***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)

MUSTER

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse ***(bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)***

☐ Rentenversicherung ***(Vordruck liegt bei)***

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter).
Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen			
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* *Seitenlokalisation*
R = rechts
L = links
B = beidseits

** *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)

MUSTER

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse ***(bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)***

☐ Rentenversicherung ***(Vordruck liegt bei)***

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Bitte vor der Beschriftung der Formulare diese Fußleiste abreißen und die 4 Einzelsätze voneinander trennen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

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

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen			
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* *Seitenlokalisation*
R = rechts
L = links
B = beidseits

** *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)

MUSTER

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)*

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)*

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten *(bitte einzelne Maßnahmen angeben)*

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen *(z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)*

Ausfertigung für die Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

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

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seite *	Ursache **
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen			
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

* *Seitenlokalisation*
R = rechts
L = links
B = beidseits

** *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)

MUSTER

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)*

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)*

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimitteltherapie

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten *(bitte einzelne Maßnahmen angeben)*

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

F. Andere Maßnahmen *(z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)*

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung *(z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)*	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen *(z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)*	☐	☐	☐	☐
Kommunikation *(z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)*	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		☐	☐	☐
Stehen / Gehen		☐	☐	☐
Treppensteigen		☐	☐	☐
Sonstige _____		☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken		☐	☐	☐
An- / Auskleiden		☐	☐	☐
Waschen		☐	☐	☐
Baden / Duschen		☐	☐	☐
Toilettenbenutzung		☐	☐	☐
Sonstige _____		☐	☐	☐
Häusliches Leben *(z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)*	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten *(z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)*	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche *(z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)*	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben *(z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)*	☐	☐	☐	☐

MUSTER

H. Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

_____

_____

_____

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ Sonstiges *(z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)* _____

_____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung *(z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)*	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen *(z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)*	☐	☐	☐	☐
Kommunikation *(z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)*	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl		☐	☐	☐
Stehen / Gehen		☐	☐	☐
Treppensteigen		☐	☐	☐
Sonstige _____		☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken		☐	☐	☐
An- / Auskleiden		☐	☐	☐
Waschen		☐	☐	☐
Baden / Duschen		☐	☐	☐
Toilettenbenutzung		☐	☐	☐
Sonstige _____		☐	☐	☐
Häusliches Leben *(z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)*	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten *(z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)*	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche *(z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)*	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben *(z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)*	☐	☐	☐	☐

MUSTER

H. Kontextfaktoren

1. **Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren**
   (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

   _____

   _____

   _____

2. **Risikofaktoren oder Gefährdung durch**

   ☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Medikamente ☐ Nikotin

   ☐ Sonstiges *(z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)* _____

   _____

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

61 Teil D

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich *(z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)*

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen *(u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)*

☐ nein ☐ ja, welche?

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ ja ☐ nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

☐ ja ☐ nein

D. Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges *(z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)*

F. Rückruf erbeten unter

MUSTER

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

61 Teil D

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

_____

_____

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

_____

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich *(z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)* _____

_____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Weitere Bemerkungen/Begründungen *(u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)*

☐ nein ☐ ja, welche? _____

VII. Sonstige Angaben

A. Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

B. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ ja ☐ nein

C. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

☐ ja ☐ nein

D. Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

E. Sonstiges *(z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)*

_____

_____

F. Rückruf erbeten unter _____

MUSTER

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt