Name, Vorname des Ver	sicherten	
		geo. am

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

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. 8. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsatzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

61 Teil A

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

Rehabilitationsbegründende und weitere	Diagnosen	
Trenabilitationsbegrundende und Weitere	Diagnoseschlüssel	Market Canada Value of Canada
Rehabilitationsbegründende Diagnosen	ICD-10-GM Seite Ursac	he **
		* Seitenlokalisation - R = rechts
	20011	L = links B = beidseits
	9	** Mögliche Ursache der Erkrankung
100	2-11-	(nur anzugeben, wenn eine der folger Ursachen zutrifft)
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen	7)	t = Arbeitsunfall einschl Wegeunfall
		2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Drit
		(z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-
1/4/1		Zivil- oder Wehrdien 5 = Meldepflichtige Erkrankung
110		(z. B. HSG)
Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse		
Beratung der/des Versicherten		
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D ist		
Eine Beratung der/des Versicherten über Leistung Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zustän	digkeit für Leistungen der Kinder-Rehabi	Krankenkasse und/oder litation oder onkologische
Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistur (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Ku	ngen der Krankenkasse	
	are tery lot disgozelige.	
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-/behinderungs-	
bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bestel Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers	ht oder droht. Es wird die erbeten, weil z. B. die versiche-	
rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversic werden können.	cherung nicht eindeutig beurteilt	
Welden Konnen.		
f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes		
	Datum	
	Verl	ragsarztstempel / Unterschrift des Arz
to Salata and the salata and the		- Notific Place of
Im Original zurück an den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig		
Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)		
That has a lotte muster of fell b-D austulien)		
Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)		
Sonstiges		

Krankenkasse bzw. Kosti	enträger	
Name. Vomame des Vers	icherten	
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
		1
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum
	1	1

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

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 uder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Vater). Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfahigkeit 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.

61 Teil A

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

	Diagnoseschlüssel	
Rehabilitationsbegründende Diagnosen	ICD-10-GM Seite Ursache	•
	3103	* Seitenlokalisation
	750	R = rechts L = links
		B = beidseits
	2///	** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben,
		wenn eine der folge Ursachen zutrifft)
Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen	(\mathcal{L})	1 = Arbeitsunfall einsch Wegeunfall 2 = Berufskrankheit
		3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dri
		(z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdien
1/1/1/		5 = Meldepflichtige Erkrankung
		(z. B. HSG)
Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse		
The transfer of the transfer transfer to the transfer transf		
Beratung der/des Versicherten		
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-L		
Eine Beratung der/des Versicherten über Leist Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zus	ständinkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitat	nkenkasse und/oder ion oder onkologisch
Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leis (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten	stungen der Krankenkasse	
Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge		
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D	D ist NICHT auszufüllen.	
	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs-	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bes Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche-	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bes Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche-	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bes Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche-	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können.	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche-	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bes Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können.	D ist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche-	
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bes Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können.	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- ersicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistemoei / Unterschriit des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bes Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können.	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- steht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- ersicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistempei / Unterschrift des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rztstempei / Unterschrift des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes Im Original zurück an den Vertragsarzt	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistempėl / Unterschrift des Ār
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes Im Original zurück an den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistempel / Unterschrift des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rztstempei / Unterschrift des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes Im Original zurück an den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistempel / Unterschrift des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes Im Original zurück an den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rztstempei / Unterschrilt des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes Im Original zurück an den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistempei / Unterschrift des Ar
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D Eine medizinische Rehabilitation ist erforderli bedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit bet Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträge rungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenver werden können. f. weitere Anmerkungen des Vertragsarztes Im Original zurück an den Vertragsarzt gender Rehabilitationsträger ist zuständig Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen) Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)	Dist NICHT auszufüllen. ich, weil krankheits-/behinderungs- isteht oder droht. Es wird die ers erbeten, weil z. B. die versiche- irsicherung nicht eindeutig beurteilt Datum	rzistempei / Unterschrift des Ar

Moster 61 Tell Ab (4.2016)

kasse bzw. Kostenträger	Verordnung von medizinische Rehabilitation	r 61 Teil
forname des Versicherten geo. am	Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend	
	Es handelt sich weder um eine Minderung / der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eir Berufskrankheit	erhebliche Gefährdung nes Arbeitsunfalls / einer
ägerkennung Versicherten-Nr. Status	Bei gleichrangiger Zuständigkeit	
statten-Nr. Arzt-Nr. Datum	Z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Versicherte/r wünscht eine medizinische Reh	
	zu Lasten der GKV	
I. Rehabilitationsbegründende und	weitere Diagnosen	
A. Rehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Seite Ursache	
1.	262	* Seitenlokalisation R = rechts
2.	200	L = links B = beidseits
3	09/11	** Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgend
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnos	eri S	Ursachen zutrifft) † = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
4.		2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritte
5.		(z. B. Unfallfolgen) 4 = Folgen ven Kriegs-, Zivil- oder Wehrdiensl
1/4/7		5 = Meldepflichtige Erkrankung
The same of the sa		Iz R HSGI
Angaben zur Rehabilitationsbedü Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbeh	(z. B. HSG)
II. Angaben zur Rehabilitationsbedü		(z. B. HSG)
II. Angaben zur Rehabilitationsbedü		(z. B. IISG)
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen u.)		(z. B. IISG)
II. Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder	re Beginn und Verlauf)	(z. B. IISG)
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen u.)	re Beginn und Verlauf)	(z. B. IISG)
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen unberthel/Frühreha-Barthel) Barthel/Frühreha-Barthel)	re Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle /	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B.
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen unberthel/Frühreha-Barthel) Barthel/Frühreha-Barthel)	re Beginn und Verlauf)	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. 6
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen unberthel/Frühreha-Barthel) Barthel/Frühreha-Barthel)	re Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle /	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen usbarthel/Frühreha-Barthel) C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische	e Interventionen einschließlich Arzneimitteltherap	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen unberthel/Frühreha-Barthel) Barthel/Frühreha-Barthel)	e Interventionen einschließlich Arzneimitteltherap	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B
Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen usbarthel/Frühreha-Barthel) C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische	e Interventionen einschließlich Arzneimitteltherap	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B
A. Kurze Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen usbarthel/Frühreha-Barthel) C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte a	nd Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle /	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. 6
B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen un Barthel/Frühreha-Barthel) C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte eine Heilmittel zur Erreichung des Behandlungen und Heilmittelle zur Erreichung des Behandl	nd Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle /	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B.
A. Kurze Angaben zur Rehabilitationsbedü A. Kurze Angaben zur Anamnese (insbesonder B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen usbarthel/Frühreha-Barthel) C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte a	nd Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle /	(z. B. IISG) andlung Assessmentergebnisse, z. B.
B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen un Barthel/Frühreha-Barthel) C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte eine Heilmittel zur Erreichung des Behandlungen und heil zur Erreichung des Behand	nd Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle /	andlung Assessmentergebnisse, z. i

asse bzw. K	continuages	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	61 Teil
rname des l	Versicherten geo. am	Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend	
		Es handelt sich weder um eine Minderung / erheblic der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arb Berufskrankheit	che Gefährdun eitsunfalls / ein
gerkennung	g Versicharten Nr. Starus	Bei gleichrangiger Zuständigkeit	
tatten-Nr.	Arzt-Nr. Datum	(z. 8. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrer Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitat	
		zu Lasten der GKV	
I. R	ehabilitationsbegründende und	weitere Diagnosen	
A. Re	ehabilitationsbegründende Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM Seite Ursache	
1.			Seitenlokalisation
2.			finks beidseits
3			Mögliche Ursach der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folge
B. We	eitere rehabilitationsrelevante Diagnos	rem 1 -	Ursachen zutrifft) Arbeitsunfall einsch Wegeunfall
4.		3 =	Berufskrankheit Schädigungsfolge
	A MIC	4:	durch Einwirken Dr. (z. B. Unfallfolgen) Folgen von Kriegs-,
5	11/1/1/		Zivil- oder Wehrdier
	11/12		Meldepflichtige Erkrankung
Design Street, early	ngaben zur Rehabilitationsbedü urze Angaben zur Anamnese (insbesonder	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlu	Erkrankung (z. B. IfSG)
II. A		rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlu	Erkrankung (z. B. IfSG)
II. A		rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlu	Erkrankung (z. B. IfSG)
JL. At A. Ku	urze Angaben zur Anamnese (insbesonder	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlu	(z. 8. IISG)
JL. At A. Ku	urze Angaben zur Anamnese (insbesonder	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlu re Beginn und Verlauf)	(z. 8. IISG)
A. Ku	urze Angaben zur Anamnese (insbesonder ehabilitationsrelevante Schädigungen urthel/Frühreha-Barthel)	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) Ind Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessm	(z. B. IISG)
A. Ku	urze Angaben zur Anamnese (insbesonder ehabilitationsrelevante Schädigungen urthel/Frühreha-Barthel)	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlu re Beginn und Verlauf)	(z. 8. IISG)
B. Re	ehabilitationsrelevante Schädigungen unthel/Frühreha-Barthel)	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessme	(z. 8. IISG)
B. Re	urze Angaben zur Anamnese (insbesonder ehabilitationsrelevante Schädigungen urthel/Frühreha-Barthel)	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessme	(z. 8. IISG)
B. Re	ehabilitationsrelevante Schädigungen unthel/Frühreha-Barthel)	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessme	(z. B. IISG)
B. Re	ehabilitationsrelevante Schädigungen unthel/Frühreha-Barthel)	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmente einschließlich Arzneimitteltherapie	(z. B. IISG)
B. Re Bar	ehabilitationsrelevante Schädigungen urthel/Frühreha-Barthel) sherige ärztliche/psychotherapeutische	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmente einschließlich Arzneimitteltherapie	(z. B. IISG)
B. Re Bar	ehabilitationsrelevante Schädigungen urthel/Frühreha-Barthel) sherige ärztliche/psychotherapeutische eilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte e	rftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlure Beginn und Verlauf) und Befunde (relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmente einschließlich Arzneimitteltherapie	(z. B. IISG)

e, Vorname des Versicherten	Köstenträgerkennung	Versichert			61 Teil C
Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen de	keine l	Beein-	Einschrän-	personelle	nicht durchführbar
	- Constitution - Cons	ungen	Kungen	Hille houg	durchfunroar
		F			
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen					
Mobilität					
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl					
Stehen / Gehen		1	2)		
Treppensteigen	/	5/1	1		
Sonstige	1	2)	7		
Selbstversorgung	2///				
Essen / Trinken	7)				
An- / Auskleiden					
Waschen					
Baden / Duschen					
Toilettenbenutzung					
Sonstige					
Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen) Interpersonelle Aktivitäten (z.B. Familienbeziehungen au und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen) Bedeutende Lebensbereiche (z.B. Arbeit und Beschäfti Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich bi können)	ufbauen gung, eschäftigen				
	emeinschafts-				
Kontextfaktoren					
(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwie	lebend, Konflikte, Pfle erigkeiten, Mehrfachbe	ge oder T	od eines Familien	angehörigen,	oziale Isolation,
2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch Bewegungsmangel Fehlhaltung Übergewicht	Unterge	ewicht	Me	dikamente	Nikotin
	Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen Ireffen) Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägli Rautine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress um Kommunikation (z. B. Konversation betreiben. Mitteilunger 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 heffen) Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aund aufrechterhalten, soziale Baziehungen aufnehmen) Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftierziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich bikönnen) Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gleben beteiligen, Erholung und Freizeit) Kontextfaktoren 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirker (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-IPflegeeinrichtung Unterstützungf-sbedarfl, sprachliche Verständigungsschwie Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen, 2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch Bewegungsmangel	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 Baziehungen aufnehmen) Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können) Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschafts- leben beteiligen, Erholung und Freizeit) Kontextfaktoren 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und p (z. B. allen / mit Familie lebend, in Alten-Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pfle Unterstützung/-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbe Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)	Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. 8. tägliche Routine durchtuhren, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen) Kommunikation (z. 8. 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. 8. Einkaufen, Mahtzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern hellen) Interpersonelle Aktivitäten (z. 8. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen) Bedeutende Lebensbereiche (z. 8. Arbeit und Beschäftigen können) Bedeutende Lebensbereiche (z. 8. Arbeit und Beschäftigen können) Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. 8. am Gemeinschaftseben beteiligen, Erholung und Freizeit) Kontextfaktoren 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personb (z. 8. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tunterstützung/sbedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, in Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)	keine Beein- Eritscheidungen treiften) Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Eritscheidungen treiften) Eritscheidungen treiften) Alligemeine Auffabben 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, Mahtzeiten vorbereiten, Hausurbeit 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 Konnen) Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschafts- wöhen beteiligen, Erholung und Freizeit) Kontextfaktoren 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Fakte (z. B. allen i mit Familie lebend, in Alten-Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familien Unterstützung/sbedarfl, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbsi Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)	keine Beein- trächtigungen Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen traffen) Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine dunchtuhren, mit Bebastungen, Kriesen sowie Stress umgehen) Mobilität Transter Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl Stehen / Gehen Treppensteigen Sonstige Selbstversorgung Essen / Trinken An- / Auskleiden Waschen Baden / Duschen Toilettenbenutzung Sonstige Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahtzeiten vorbereiten, Haussinen verrichten, anderen Familienenitsgliedern heilten) Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Tanstellenbeischungen aufbauen and aufrechtenhiers, soziale Beauten (z. B. am Gemeinschafts- teben beteiligen, Einclung und Freizeit) Kontextfaktoren 1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende umwelt- und personbezogene Faktoren (z. B. allen / mit Familie lebend, in Alten-Pflegeeinrichtung lebend, Konfikke, Pflege oder Tod eines Familienangsheigen, Unterstützung/sebedarft, sprachiber vertschien vertsch

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versichert	en-Nr.		61 Teil C
. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen	keine	Beein-	Einschrän-	personelle	nicht
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme löse Entscheidungen treffen)	trächtig en.	gungen	kungen	Hilfe nötig	durchführbar
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tä					
Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress u Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilung Kommunikationsgeräte benutzen können)	The state of the s				
Mobilität					
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl					
Stehen / Gehen		1	3)		
Treppensteigen	/	211			
Sonstige	1	2	7		
Selbstversorgung	2///	4			
Essen / Trinken	7) 4			RES T	012/10
An- / Auskleiden	\sim				
Waschen					
Baden / Duschen					e / A ve
1VV					
Toilettenbenutzung Sonstige					居基础
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereite Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen) Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen) Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschä Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich können)	aufbauen iftigung,				
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am leben beteiligen, Erholung und Freizeit)	Gemeinschafts-				
1. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirk (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-IPflegeeinrichtu Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschi Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblem	ing lebend, Konflikte, Pfi wierigkeiten, Mehrfachb	lege oder To	od eines Familier	angehörigen,	oziale Isolation,
Risikofaktoren oder Gefährdung durch					
Bewegungsmangel Fehlhaltung Übergewich Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol)	unterg Unterg	ewicht	Me	dikamente	Nikoti
Creating, Alkonor					

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr.

Name, Vorname des Versicherten

Na	me. Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
111	Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit			
De	w/dia Datiant/in warfügt fiber gransiabanda abraia	aha und navahiaah	a Polosthavkoit	ia nein
1000	r/die Patient/in verfügt über ausreichende physis	che una psychisch	e Belastbarkeit	ja nein
	Rehabilitationsziele	-t C-b i di	I Paristi atri	
A.	Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genan	inten Schadigunge	n und Beeintrachti	gungen
	Enter the second of the second	ato a real control of	All the second of the second	7/0
В.	Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des	Patienten, sofern	ABWEICHEND von	den zuvor genannten
V.	Rehabilitationsprognose			
Un	ter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der e positive Prognose für die unter IV. A. und IV. B. be	individuell vorhandenannten Rehabilitati	enen bzw. förderung ionsziele	sfähigen Ressourcen besteht
Г	eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreicht			
_	ja in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivation	slage)		
V	Zuweisungsempfehlungen	Valuation (See		
A.	Empfohlene Rehabilitationsform			
	ambulant ambulant-mobil	stationä	г	
	Mütter-Leistung Väter-Leistung	als Mutt	ter-Kind-Leistung	als Vater-Kind-Leistung
В.	Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforder	rungen an die Einrichtu	ng z. B. Barrierefreiheit	auch für körper-, seh-, hör- oder
	sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allen Therapieformen)			
	nein ja, welche?			
	I, Sonstige Angaben			
A.	Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetz	dichen Wartefrist v	on 4 Jahren mediz	inisch notwendig aufgrund
	neuer Indikation Verschlimmerung b	ei gleicher Indikatio	on	
B.	Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom	sozialen Umfeld is	t nötig	
	ja nein		1007	
C.	Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die h	äusliche Versorgu	ng gesichert	
	ja nein	2/2		
D.	Reisefähigkeit öffentliche	2 H /		
_	Verkehrsmittel PKW erforderlich		tperson erforderlich	
E.	Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Sch	wangerschaft)		
F.	Rückruf erbeten unter			
	Name of the second			
	r das Ausstellen der ärztlichen	Datum		
	erordnung (Teil B-D) die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig		30	ertragsarzistempel / Uniterschrift des Arztes

Ausfertigung für die Krankenkasse

Na	wee, Vorname des Versicherten	Ko	stenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil D
	l. Angaben zur Rehabilitationsfäl	nigkeit			
De	er/die Patient/in verfügt über ausreiche	ende physische	und psychisch	ne Belastbarkeit	ja nein
IV	. Rehabilitationsziele				
A.	Rehabilitationsziele in Bezug auf die	oben genannte	en Schädigunge	en und Beeinträch	tigungen
В.	Rehabilitationsziele aus Sicht der Pat	ientin / des Pa	tienten, sofern	ABWEICHEND vo	n den zuvor genannten
V.	Rehabilitationsprognose				
	nter Berücksichtigung des bisherigen Verla ne positive Prognose für die unter IV. A. u				igsfähigen Ressourcen besteht
	ja eingeschränkt, hinsichtlich in der vorgesehenen Zeit, aktue				
V	. Zuweisungsempfehlungen			7.8 2 E E E E E E E E	
	Empfohlene Rehabilitationsform	And the Second Second			
	ambulant ambul	ant-mobil	stationa	ár	_
	Mütter-Leistung Väter-	Leistung	als Mut	ter-Kind-Leistung	als Vater-Kind-Leistung
B.	Weitere Bemerkungen/Begründungen sprachbehinderte Menschen, klimatische Anford Therapieformen) nein ja, welche?				
VI	I. Sonstige Angaben				
A.	Die beantragte Leistung ist vor Ablau	f der gesetzlic	hen Wartefrist	von 4 Jahren med	izinisch notwendig aufgrund
	neuer Indikation Versch	limmerung bei	gleicher Indikatio	on	
В.	Die zeitweise Entlastung und Distanzi	ierung vom so	zialen Umfeld is	st nötig	
•	janein		r. v /	3503	
C.	Im Falle einer ambulanten Rehabilitat	ion ist die naus	siiche versorgu	ng gesichert	
D.	Reisefähigkeit nein		5/1		
	öffentliche Verkehrsmittel PKW e	erforderlich	Begle	tperson erforderlic	'n
E.	Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reis	and the state of t			
		$\cup)$		-	
	- M. M.				
F.	Rückruf erbeten unter				
	ür das Ausstellen der ärztlichen erordnung (Teil B-D)		Datun	1	
	t die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig				Vertragsarzistempel / Unterschrift des Arztes

Ausfertigung für den Vertragsarzt