

# Verordnung von medizinischer Rehabilitation\*

61 Teil A

Ist ein anderer Rehabilitationsträger (z. B. Unfall-, Rentenversicherung) zuständig, ist dieses Formular nicht auszufüllen

\* für Kinder/Jugendliche, Mütter/Mutter-Kind, Sucht, neurologische Rehabilitation Phase C-, D-, psychosomatische und geriatrische Rehabilitation sind ggf. weitergehende spezifische Fragestellungen zu beantworten

Bitte Nein / Ja Antworten ankreuzen

Nein =

Ja =

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

## I. Sozialanamnese

### A. Lebenssituation

allein lebend  mit (Ehe-)Partner/-in  betreutes Wohnen   
mit / bei Kindern  Pflegeeinrichtung

### B. Welche berufliche Tätigkeit übt der / die Versicherte derzeit aus?

(berufliche Tätigkeit, Schüler-/in, Student-/in, Hausfrau/Hausmann, Rentner-/in)

Stunden/Woche: \_\_\_\_\_ und zwar: \_\_\_\_\_  
Schichtdienst

arbeitslos  seit          
arbeitsunfähig  seit

### C. Ist der/die Versicherte krankheitsbedingt in der Ausübung seiner/ihrer beruflichen Tätigkeit eingeschränkt?

Art der Einschränkung

### D. Wurde ein Antrag auf Pflegebedürftigkeit nach dem Pflegeversicherungs-Gesetz gestellt?

Pflegestufe \_\_\_\_\_ GdB \_\_\_\_\_ Merkzeichen \_\_\_\_\_  
Schwerbehinderung anerkannt

## II. Klinische Anamnese

### Beschwerden des Versicherten (seit wann?) und Verlauf

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## III. Rehabilitationsrelevante und weitere Diagnosen

nach ICD 10

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

Diagnose(n) Nummer(n) \_\_\_\_\_ ist / sind zurückzuführen auf \_\_\_\_\_

Arbeitsunfall, Schulunfall  sonstiger Unfall  Berufskrankheit  Gesundheitsschaden nach dem BVG

Original für die Krankenkasse

Muster 61Teil A,a (7.2004)



## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

#### A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

---



---



---



---

#### B. Nicht nur für vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige \_\_\_\_\_

---

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) \_\_\_\_\_

---

#### C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

**Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

---



---



---



---

**Berufliches/schulisches Umfeld** (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

---



---



---



---

**Soziales Umfeld** (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

---



---



---



---

#### Risikofaktoren

Nikotin       Alkoholmissbrauch       Übergewicht       Bewegungsmangel   
 Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch       Sonstiges

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### IV. Rehabilitationsbedürftigkeit (medizinische Befunderhebung)

#### A. Rehabilitationsrelevante Schädigungen (ggf. Befundbögen als Anlage)

---



---



---



---

#### B. Nicht nur für vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten und/oder Teilhabe

Beeinträchtigungen	keine	Schwierigkeiten (verlangsamt mit Hilfsmitteln)	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
<b>Kommunikation</b> (z. B. Sprechen, Sehen, Hören, Schreiben)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Mobilität</b> (z. B. Wechsel der Körperhaltung, Tragen, Hand- und Armgebrauch, Gehen, Treppensteigen, Laufen, Bücken)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Selbstversorgung</b> (z. B. Hygiene, An-/Auskleiden, Nahrungszubereitung/-aufnahme)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Häusliches Leben</b> (z. B. Haushaltsführung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Interpersonelle Aktivitäten</b> (z. B. Verhalten, Aufrechterhalten der sozialen Integration)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Bedeutende Lebensbereiche</b> (z. B. Arbeit und Beschäftigung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Sonstige \_\_\_\_\_

---

Aktuelle Assessment-Ergebnisse soweit vorhanden (z. B. Barthel-Index) \_\_\_\_\_

---

#### C. Rehabilitationsrelevante positiv/negativ wirkende Kontextfaktoren, soweit noch nicht ausgeführt

**Persönliches und familiäres Umfeld** (z. B. familiäre Unterstützung, Wohnsituation, Beziehungskonflikte, Pflege eines Angehörigen, Tod eines nahestehenden Angehörigen)

---



---



---



---

**Berufliches/schulisches Umfeld** (z. B. drohender Arbeitsplatzverlust, Überforderungssituation)

---



---



---



---

**Soziales Umfeld** (z. B. Unterstützung durch soziale Dienste, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten)

---



---



---



---

#### Risikofaktoren

Nikotin       Alkoholmissbrauch       Übergewicht       Bewegungsmangel   
 Drogengebrauch/Medikamentenmissbrauch       Sonstiges

**Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt**

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

**A. Bisherige ärztliche Intervention** (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

\_\_\_\_\_

**B. Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) \_\_\_\_\_

	In den letzten 12 Monaten	erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich		In den letzten 12 Monaten	erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich	
<b>C. Heilmittel</b>										
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J		N	J	N	J		N	J
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie.)	N	J		N	J	N	J		N	J
Traktionsbehandlung	N	J		N	J	N	J		N	J
Elektrotherapie	N	J		N	J	N	J		N	J
Inhalation	N	J		N	J	N	J		N	J
					Wärme-/Kältetherapie	N	J		N	J
					Standardisierte Heilmittelkombinationen	N	J		N	J
					Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	N	J		N	J
					Ergotherapie	N	J		N	J

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung \_\_\_\_\_

**D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

Welche? Seit wann? \_\_\_\_\_

Verordnet	Aussichtsreich				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J
N	J				
N	J				

	Durchgeführt	Aussichtsreich		Durchgeführt	Aussichtsreich		
<b>E. Andere Maßnahmen</b>							
Psychotherapie	N	J	N	J	N	J	
Rehabilitationssport/Funktionstraining	N	J	N	J	N	J	
Patientenschulung	N	J	N	J	N	J	
			Ernährungsberatung	N	J	N	J
			Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	N	J	N	J
			Medizinische Vorsorgeleistungen	N	J	N	J

**F. Sonstiges**

\_\_\_\_\_

Durchgeführt	Aussichtsreich				
<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J
N	J				
N	J				

### VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J
N	J						
N	J						
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J	Der Patient ist motivierbar	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">N</td><td style="width: 20px; height: 20px; text-align: center;">J</td></tr> </table>	N	J
N	J						
N	J						

### VII. Rehabilitationsziele

**A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf**

a) Schädigungen

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### V. Maßnahmen der Krankenbehandlung in Bezug auf die rehabilitationsbegründende Indikation

**A. Bisherige ärztliche Intervention** (haus- und fachärztlich, Krankenhausbehandlung und ähnliche)

\_\_\_\_\_

**B. Arzneimitteltherapie** (ggf. Hinweise auf Unverträglichkeiten) \_\_\_\_\_

	In den letzten 12 Monaten	erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich		In den letzten 12 Monaten	erfolgt	Anzahl	Aussichtsreich	
<b>C. Heilmittel</b>										
Massagetherapie (einschl. Lymphdrainage)	N	J		N	J	N	J		N	J
Bewegungstherapie (z. B. KG und manuelle Therapie.)	N	J		N	J	N	J		N	J
Traktionsbehandlung	N	J		N	J	N	J		N	J
Elektrotherapie	N	J		N	J	N	J		N	J
Inhalation	N	J		N	J	N	J		N	J
					Wärme-/Kältetherapie	N	J		N	J
					Standardisierte Heilmittelkombinationen	N	J		N	J
					Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie	N	J		N	J
					Ergotherapie	N	J		N	J

Hinweis zu der angegebenen Einschätzung \_\_\_\_\_

**D. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel**

Welche? Seit wann? \_\_\_\_\_

Verordnet	Aussichtsreich
N J	N J

	Durchgeführt	Aussichtsreich		Durchgeführt	Aussichtsreich		
<b>E. Andere Maßnahmen</b>							
Psychotherapie	N	J	N	J	N	J	
Rehabilitationssport/Funktionstraining	N	J	N	J	N	J	
Patientenschulung	N	J	N	J	N	J	
			Ernährungsberatung	N	J	N	J
			Kontaktaufnahme zu Selbsthilfegruppen	N	J	N	J
			Medizinische Vorsorgeleistungen	N	J	N	J

**F. Sonstiges**

\_\_\_\_\_

Durchgeführt	Aussichtsreich
N J	N J

### VI. Rehabilitationsfähigkeit

Der Patient verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	N	J	Der Patient verfügt über eine ausreichende Motivation	N	J
Der Patient verfügt über die erforderliche Mobilität	N	J	Der Patient ist motivierbar	N	J

### VII. Rehabilitationsziele

- A. Ziele aus Sicht des Arztes im Hinblick auf**
- a) Schädigungen
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- b) Beeinträchtigung der Aktivität und der Teilhabe
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- c) negative Kontextfaktoren/Risikofaktoren
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- B. Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen**
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

N	J
N	J

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

N	J
N	J

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

### IX. Sonstige Angaben

**A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung** (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

---



---



---

**B. Reisefähigkeit**

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend

PKW erforderlich

Krankentransport erforderlich

**C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?**

Begründung

N	J
---	---

---



---

**D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?**

N	J
N	J

**E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?**

### X. Zusammenfassende Wertung

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

ambulante Rehabilitation

stationäre Rehabilitation

**B. Inhaltliche Schwerpunkte**

---



---



---

**C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen**

---



---



---

**D. Vorliegende Befundberichte**

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

---

**E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:**

\_\_\_\_\_ durch die Krankenkasse

\_\_\_\_\_ durch den MDK

**F. Besondere Hinweise**

---



---



---



---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

**Original für die Krankenkasse**

## Verordnung von medizinischer Rehabilitation

### VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

N	J
N	J

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

N	J
N	J

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

### IX. Sonstige Angaben

**A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung** (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

---



---



---

**B. Reisefähigkeit**

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend

PKW erforderlich

Krankentransport erforderlich

**C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?**

Begründung

N	J
---	---

---



---

**D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?**

N	J
N	J

**E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?**

### X. Zusammenfassende Wertung

**A. Empfohlene Rehabilitationsform**

ambulante Rehabilitation

stationäre Rehabilitation

**B. Inhaltliche Schwerpunkte**

---



---



---

**C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen**

---



---



---

**D. Vorliegende Befundberichte**

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

---

**E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:**

\_\_\_\_\_ durch die Krankenkasse

\_\_\_\_\_ durch den MDK

**F. Besondere Hinweise**

---



---



---



---

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

**Durchschlag zum Verbleib beim Vertragsarzt**