



Präsentation zum Thema: „Spaß mit Formularen“

- Rehabilitation

(Stand: September 2023)

Kompetenzzentren Sachsen-Anhalt

Agenda

1. Allgemeine Informationen

2. Rentenversicherung – Befundbericht Blatt 2, Blatt 3

3. Medizinische Rehabilitation

4. Muster 61 – Teil A, Teil B, Teil C, Teil D und Teil E

5. Muster 64 – Teil A und Teil B

1. Allgemeine Informationen

- größtes Portal für psychosoziale und sozialrechtliche Informationen im Gesundheitswesen - www.betanet.de
- Reha-Maßnahme zum Erhalt der Erwerbsfähigkeit oder zur Wiederherstellung i.d.R. finanziert durch Rentenversicherungsträger¹
- Reha-Maßnahme zur Wiederherstellung der Gesundheit i.d.R. finanziert durch die gesetzliche Krankenkasse¹

¹ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/rehabilitation.html>

2. Rentenversicherung

Allgemeine Fragen an Patient:innen¹

- Welcher Arbeit gehen / gingen Sie nach?
- Wie viele Stunden arbeiten Sie derzeit täglich / wöchentlich?
- Betriebsmediziner:in?
- Durch welche körperlichen / psychischen Beschwerden fühlen Sie sich am meisten bei der Ausübung Ihrer Arbeit und in Ihrem Alltag eingeschränkt?
- Welche Arbeitstätigkeiten können Sie wegen Ihren Beschwerden nicht mehr oder nur mit größerer Anstrengung ausüben?
- Beschreiben Sie bitte die Art der körperlichen /psychischen Anstrengung / Belastung bei Ihrer Arbeit: Wie lange stehen, bücken oder knien Sie? Wie schwer sind die Dinge, die Sie tragen oder heben müssen? Ist Ihr Körper Vibrationen oder Temperaturschwankungen ausgesetzt? Haben Sie einen hohen Arbeitsdruck / Stress? Arbeiten Sie im Schichtsystem?
- Sind Sie darüber hinaus durch etwas anderes belastet (Pflege oder Krankheit Angehöriger, Probleme in Partnerschaft, Familie)?
- Was erhoffen Sie sich als Patient:in von der Rehabilitation?

¹ [Allgemeine Informationen zur Rente | Deutsche Rentenversicherung \(deutsche-rentenversicherung.de\)](#)

2. Rentenversicherung

- G0260-00 - Befundbericht zum AHB-Antrag
- G0611-00 - Informationen zum Befundbericht (Kinderrehabilitaion)
- G0612-00 - Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)
- G0600-00 - Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht
- S0051-00 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung
- S0052-00 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation
- S0050-00 - Honorarabrechnung für die Deutsche Rentenversicherung

☞ Formulare als Download¹: [Formularpaket Reha](#)

2. Rentenversicherung

- S0051-00 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung
- G0600-00 - Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

Formular S0051-00: Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung. Das Formular ist in mehrere Abschnitte unterteilt, darunter:

- Header:** Versicherungsnummer, Kennzeichen, MSAT / MSNR.
- Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung S0051:** Umfasst Angaben zum Antrag, Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA), Erwerbsminderungsrente, Informationssseite für niedergelassene Ärzte (<https://www.rehainfo-aerzte.de>), Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird, Geburtsdatum, Patient / Patientin (Name, Vorname), Geburtsdatum, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort.
- 1. Behandlung:** Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem ..., Letzter Kontakt am ..., Kontakte bestehen wöchentlich, 14-tägig, monatlich, seltener, Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ja, nein.
- ICD-10:** 10 anzugeben.
- Personelle Hilfe:** Tabelle mit Spalten: Personelle Hilfe nötig, nicht durchführbar, Keine Angabe möglich.
- Alkohol / Sonstiges:** Auswahlmöglichkeiten.
- Körpergröße / Körpergewicht:** Angaben in cm und kg.
- Her Befund:** Textfeld für den Befund.
- Seitenzahl:** Seite 1 von 5, S0051-00 DRV, Version 02002 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022.

Formular G0600-00: Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht. Das Formular ist in mehrere Abschnitte unterteilt, darunter:

- Header:** Versicherungsnummer, Kennzeichen, MSAT / MSNR.
- Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht G0600:** Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien): 30,41 EUR. Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes versehen sind.
- Personalien der Patientin / des Patienten:** Name, Vorname, Geburtsdatum.
- Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten):** Name, Vorname, Geburtsdatum.
- Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers:** Institutionskennzeichen, IBAN (International Bank Account Number), D, E (Geldinstitut (Name, Ort)), Kontoinhaber / Kontoinhaberin, Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort.
- Bitte unbedingt angeben:** Rechnungsnummer, Rechnung vom, Ort, Datum, Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung).
- Seitenzahl:** Seite 1 von 1, G0600-00 DRV, Version 11011 - AGDR 1/2018 - Stand 01.01.2023.

2. Rentenversicherung

- S0051-00 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

Seite 1 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/02 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Seite 2 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/02 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Diagnosen (nach Reha-Relevanz ordnen!)

Hauptdiagnose: Welche Erkrankung beeinträchtigt die Erwerbsfähigkeit am meisten

Nebendiagnose: Sofern diese im Reha-Prozess berücksichtigt werden sollen!

Reha-relevante Hauptdiagnose ≠ führende Diagnose ambulanter Bereich

2. Rentenversicherung

- S0051-00 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

Form-Ziffer 5

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar	Keine Angabe möglich
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	☐	☐	☐	☐	☐
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	☐	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	☐	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	☐	☐	☐	☐	☐

6 Bisherige und aktuelle Therapie (inklusive Hilfsmittel)

7 Untersuchungsbefunde (körperlicher / psychopathologischer Befund)

Körpergröße: _____ cm

Körpergewicht: _____ kg

8 Wichtige antragsrelevante medizinisch-technische Befunde (bitte in Kopie beifügen)

Seite 3 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/2022 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Deutlich machen, dass amb. Therapien erfolgten – Häufigkeit / Erfolg - nicht Wartezeiten für Termine als Hauptargument nehmen

Aktueller Befund aber auch Unterlagen / Fremdbefunde mit BEZUG zu Reha-relevanten Diagnosen und Einschränkungen.

Ggf. spezialisierte Facharztbefunde hinzufügen.

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

Form-Ziffer 9

9 Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)
(zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Altenheim / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

10 Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel ☐ Übergewicht ☐ Untergewicht ☐ Alkohol
☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin ☐ Sonstiges

11 Sonstige Angaben

Die Patientin / der Patient ist derzeit durch mich arbeitsunfähig geschrieben.

☐ nein
☐ ja, seit _____ wegen _____

Befundänderung in den letzten 12 Monaten

☐ nein
☐ ja ☐ Besserung seit _____ ☐ Verschlechterung seit _____

Verständigung ist in deutscher Sprache möglich

☐ nein Wenn nein, in welcher Sprache? _____
☐ ja

Seite 4 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/2022 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

2. Rentenversicherung

- S0051-00 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt) MSAT / MSNR

noch Ziffer 11

Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel besteht.

☐ nein ☐ ja ☐ mit Begleitung

Besserung der Leistungsfähigkeit ist möglich.

☐ nein ☐ ja ☐ kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

☐ nein ☐ ja

12 Bemerkungen

Rückruf erbeten unter:

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

Seite 5 von 5
S0051-00 DRV
Version 0202 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Formulieren inwiefern durch Reha mit einer Verbesserung der beruflichen Leistungsfähigkeit zu rechnen ist (Prognose).

Welche Ziele sollen hierfür erreicht werden?

„Rückruf-Kreuz“ Möglichkeit zum Rückruf geben: kurze Nachfragen kann Nachbearbeitungszeit verkürzen – vermeidet Briefverkehr!

2. Rentenversicherung

- S0051-00 - Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung
- Beispiele (aus Formular Stand 2012):

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)

1. Kreuzschmerzen (nicht spezifisch)
2. Adipositas, Grad 1

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Seit 5 Jahren Kreuzschmerzen, kontinuierliche Zunahme der Beschwerden - zunehmend auch Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule, keine neurologischen Ausfälle, Schmerzstärke 8 von 10

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

Tätigkeit als Lagerlogistiker bedingt Heben und Tragen von Lasten, häufiges Gabelstaplerfahren, Schichtdienst, soziale Isolation durch Aufgabe des Vereinsports / Fitnessstudios, Angst um krankheitsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes

Untersuchungsbefund

o. B.: ☒ Atemwege ☒ Herz/Kreislauf ☒ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☒ Nervensystem u. Psyche

von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde):

Röntgenuntersuchungen + MRT LWS: keine gravierende Befunde

Gewicht: 95 kg Größe: 178 cm RR: / mm Hg Puls: /min

Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapie etc.)

Medikamentöse Therapie, orthopädische Mitbehandlung: keine wesentliche Besserung und auch Injektionen keine Besserung der Symptomatik, Physiotherapie

Bemerkungen

Ziele: Verminderung der Kreuzschmerzen auf max. 3 von 10, Gewichtsreduktion und regelmäßige sportliche Betätigung möglichst mit Wiederaufnahme der Aktivität im Fußballverein, damit Erhalt der Erwerbsfähigkeit
Prognose: Hohe Wahrscheinlichkeit, dass durch medizinische Rehabilitation die Leistungsfähigkeit gesteigert, die die Anforderungen des Arbeitsplatzes bewältigt und damit die Erwerbsfähigkeit erhalten wird

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt
des Sozialmedizinischen Dienstes

☒ des RV-Trägers, ☒ der Rehabilitationseinrichtung.

2. Rentenversicherung

Haben Sie noch Fragen zur
Rentenversicherung?

Formularpaket Reha - Befundberichte im Antragsverfahren | Deutsche Rentenversicherung

S0051

Befundbericht für die Deutsche Rentenversicherung

zum Antrag auf

☐ Leistungen zur medizinischen Rehabilitation

☐ Leistungen zur onkologischen Rehabilitation (bitte zusätzlich das Formular S0052 - Zusatzbogen onkologische Rehabilitation ausfüllen)

☐ Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben (LTA)

☐ Erwerbsminderungsrente

Informationen für niedergelassene Ärzte: <https://www.reha-info-aerzte.de>

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Geburtsdatum

Patientin / Patient (Name, Vorname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer

Postleitzahl

Wohnort

1. Behandlung

Die Patientin / Der Patient befindet sich in meiner Behandlung seit dem

Letzter Kontakt am

Kontakte bestehen ☐ wöchentlich ☐ 14-tägig ☐ monatlich ☐ seltener

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung? ☐ nein ☐ ja

Seite 1 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/2022 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Seite 3 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/2022 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Seite 4 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/2022 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Seite 5 von 5
S0051-00 DRV
Version 02/2022 - AGRHAQ 2/2022 - Stand 16.02.2022

Formularpaket Reha - Befundberichte im Antragsverfahren | Deutsche Rentenversicherung

G0600

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht

Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien):
30,41 EUR

Die Bezahlung ist nur möglich, wenn ein Befundbericht und diese Honorarabrechnung vollständig und gut leserlich ausgefüllt sowie mit Stempel und Unterschrift der Ärztin / des Arztes versehen sind.

Handwritten additions in black or blue ink

Personalien der Patientin / des Patienten

Name, Vorname

Geburtsdatum

Personalien der Versicherten / des Versicherten (falls abweichend von der Patientin / dem Patienten)

Name, Vorname

Geburtsdatum

Geschäftskonto der Zahlungsempfängerin / des Zahlungsempfängers

Institutionskennzeichen

IBAN (International Bank Account Number)

D, E

Gefährdungsstatus (Name, Ort)

Kontoinhaber / Kontoinhaber

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

Bitte unbedingt angeben:

Rechnungsnummer

Rechnung vom

Ort, Datum

Stempel, Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung)

Seite 1 von 1
G0600-00 DRV
Version 11/2011 - AGDR 1/2018 - Stand 01.01.2023

3. Medizinische Rehabilitation



**Deutsche
Rentenversicherung**
Mitteldeutschland

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation/
Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben**
(nach bereits vorliegenden Befunden und Berichten)

1 2 3 4 5 6 7 8 9 1 2 3
Versicherungsnummer

Absender **Nicht vom Arzt auszufüllen! Feld ignorieren!**

Name, Vorname Paket, Ingo		Geburtsdatum 1 2 0 3 1 9 7 5	
Derzeitige Adresse (Straße, Hausnummer) Musterstraße 12			
Postleitzahl 3 9 1 1 0		Wohnort Magdeburg	

Seitenlokalisierung
R = rechts
L = links
B = beidseitig

Diagnosesicherheit
A = Ausgeschlossene
Diagnose
V = Verdachtsdiagnose
Z = Zustand nach
G = Gesicherte
Diagnose

Zurzeit arbeitsunfähig?

☒ nein ☒ ja, seit wegen

Diagnosen in der Reihenfolge ihrer med. Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel (bitte linksbündig, ohne Punkt ausfüllen)	
	ICD-10-GM	Seiten- lokalisierung Diagnose- sicherheit
1. Kreuzschmerzen (nicht spezifisch)	M 5 4 5	B G
2. Adipositas, Grad 1	E 6 6 9 0	B G
3.		
4.		

3. Medizinische Rehabilitation

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen

Schmerzen im Bereich des unteren Rückens - seit einigen Wochen auch Ausstrahlung in den rechten Oberschenkel, Schmerzzunahme und Schmerzbedingte Bewegungseinschränkung durch längeres Sitzen (insbes. Autofahren / Gabelstaplerfahren), Stehen sowie durch Tragen und Heben von schweren Gegenständen bei der Arbeit im Versandhandel (9 Wochen AU in den letzten 12 Monaten), sportliche Aktivität im Fußballverein Schmerzbedingt eingestellt - durch Schmerzen kein Fitnessstudiobesuch mehr

- ☐ Taubheit ☐ Blindheit ☐ wesentliche Gehbehinderung ☐ Rollstuhl
☐ sonstige Behinderung:

Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

Seit 5 Jahren Kreuzschmerzen, kontinuierliche Zunahme der Beschwerden - zunehmend auch Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule, keine neurologischen Ausfälle, Schmerzstärke 8 von 10

Risikofaktoren

Gefährdung durch ☐ Alkohol ☐ Drogen ☐ Medikamente ☐ Nikotin
☐ sonstige

Tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren

Tätigkeit als Lagerlogistiker bedingt Heben und Tragen von Lasten, häufiges Gabelstaplerfahren, Schichtdienst, soziale Isolation durch Aufgabe des Vereinsports / Fitnessstudios, Angst um krankheitsbedingten Verlust des Arbeitsplatzes

G SMB 100 (Bl. 2) 10/2012

Original für die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
1. Durchschrift für die Rehabilitationseinrichtung
2. Durchschrift für den behandelnden Arzt

3. Medizinische Rehabilitation

Name, Vorname Paket, Ingo		Geburtsdatum 1 2 0 3 1 9 7 5	
Untersuchungsbefund			
o. B.: ☒ Atemwege ☒ Herz/Kreislauf ☒ Bauchorgane ☐ Bewegungsapparat ☒ Nervensystem u. Psyche			
von der Norm abweichende Befunde (einschließlich klinisch-chemischer/klinisch-diagnostischer Befunde):			
Röntgenuntersuchungen + MRT LWS: keine gravierende Befunde			
Gewicht: 95..... kg Größe: 178..... cm RR:/..... mm Hg Puls:/min			
Bisherige Therapien (Medikamente, physikalische Therapien, Psychotherapie etc.)			
Medikamentöse Therapie, orthopädische Mitbehandlung: keine wesentliche Besserung und auch Injektionen keine Besserung der Symptomatik, Physiotherapie			
Anregung spezieller Maßnahmen			
☒ Krankengymnastik	☐ Gefäßtraining	☐ Diätschulung	☒ Entspannungstherapie
☒ Bewegungs-/Sporttherapie	☐ Inhalation	☐ Diabetikerschulung	☐ Psychotherapie
☒ Rückenschule	☐ Atemgymnastik	☐ Entwöhnungsbehandlung	☐ Hirnleistungstraining
	☒ Ernährungsberatung	☐ Nichtrauchertraining	☐ Logopädie
☐ sonstige:			☐ Ergotherapie

3. Medizinische Rehabilitation

Verständigung in deutscher Sprache möglich?	☒ ja	☐ nein, in welcher
Ist Belastbarkeit für Rehabilitation gegeben?	☒ ja	☐ nein
Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?	☒ ja	☐ nein, Bemerkung
DMP-Patient	☐ ja	☒ nein
Besteht eine Schwangerschaft?	☐ ja	☐ nein

Bemerkungen

Ziele: Verminderung der Kreuzschmerzen auf max. 3 von 10, Gewichtsreduktion und regelmäßige sportliche Betätigung möglichst mit Wiederaufnahme der Aktivität im Fußballverein, damit Erhalt der Erwerbsfähigkeit
Prognose: Hohe Wahrscheinlichkeit, dass durch medizinische Rehabilitation die Leistungsfähigkeit gesteigert, die die Anforderungen des Arbeitsplatzes bewältigt und damit die Erwerbsfähigkeit erhalten wird

Erbitte Rückruf durch den zuständigen Arzt
des Sozialmedizinischen Dienstes ☒ des RV-Trägers. ☒ der Rehabilitationseinrichtung.

Der Antrag erfolgte auf meine Anregung ☒ ja ☒ nein

Ich bitte um Rückgabe der beigelegten ärztlichen Unterlagen: ☐

Magdeburg, den 17.03.2021

Ort/Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes/Telefonnummer

G SMB 100 (Bl. 3) 10/2012

Original für die Deutsche Rentenversicherung Mitteldeutschland
1. Durchschrift für die Rehabilitationseinrichtung
2. Durchschrift für den behandelnden Arzt

4. Muster 61 – Teil A

- Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers
- bei Klarheit über die Zuständigkeit der Krankenkasse, kann auf das Ausfüllen des Teils A verzichtet und direkt der Teil B-E ausgefüllt werden

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-E ausfüllen.

Freigabe 29.03.2022

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-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____
5. _____	_____	_____
6. _____	_____	_____

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____
4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

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

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

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ Beratung der/des Versicherten
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E 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-E 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 _____ Datum _____

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Nadruck liegt bei)

☐ Sonstiges _____

Verbindliches Muster

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Muster 61 Teil Aa (7/2020)

4. Muster 61 – Teil A

I. Rehabilitationsbegründete und weitere Diagnosen

A: Funktionsdiagnose(n)

- Krankheit mit den resultierenden relevanten Schädigungen sowie Aktivitäts- und Teilhabebeeinträchtigung in kompakter Form
- Bsp.: „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“

B: weitere Diagnosen

- Im Prinzip, alles, was sonst noch wichtig ist - ICD-10
- Ursache – sofern sie bekannt ist

Freitag, 29.09.2023		Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen RehaTrägers		61 Teil A
Hinweis: keine weiteren Vorleistungen Vorname, Name des Sachverständigen: _____ ggf. am: _____				
Fachrichtung/Qualifikation: _____ Nr. _____		Name: _____		Datum: _____
Telefonnummer: _____		Adresse: _____		

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

Diagnoseschlüssel ICD-10-XM	Ursache *
1. _____	Mögliche Ursache der Erkrankung (bei mehreren Ursachen geben Sie die folgenden Ursachen an!) 1 = Arbeitsunfall einschließl. Wegunfall 2 = Berufsunfall 3 = Selbstverletzung durch Einwirkung Dritter 4 = Verkehrsunfall 5 = Folgen von Arbeits-/Berufsunfällen 6 = Medizinische Erkrankung (z. B. HIV)
2. _____	
3. _____	
4. _____	
5. _____	
6. _____	

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Berufung anderer Versicherten**
 Bitte RMR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B ist NICHT anzufragen.

☐ **Eine Beratung anderer Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichzeitiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder orthopädischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weiteren Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Versorgung in anerkannten Kulturen) ist angefragt.

☐ **Prüfung des zuständigen RehaTrägers**
 Bitte RMR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B ist NICHT anzufragen.

Eine medizinische Rehabilitation ist erforderlich, weil kranke/behinderte/betroffene eine Minderung der Überlebensfähigkeit besitzt oder grob zu erwarten ist. Die Prüfung des zuständigen RehaTrägers erfolgt, wobei z. B. die versicherungsmäßig Vorzustände der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen _____

Verbindliches Muster
 Unterschrift _____
 Datum: _____

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

*** 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)

4. Muster 61 – Teil A

II. Hinweise/Anfrage an die Krankenkasse

„ggf. weitere Angaben“:

- Bsp.: Bitte um Rückruf durch die Krankenkasse
 - sofern Anhaltspunkte erkennbar sind, dass andere oder weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben) beim Versicherten bestehen, können diese hier benannt werden
- à Die Krankenkasse greift diese zur frühzeitigen Bedarfserkennung auf.

Freigabe 23.09.2023

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers 61 Teil A

Hinweis an die zur Zuständigkeit der Krankenkasse ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht zu verändernde Zustände der Teilhabe im Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, von der Zuständigkeit der Krankenkasse betroffen (z. B. bei chronischen, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation betroffen) sind.

Die Zuständigkeit der Krankenkasse ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung, soweit die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben ist.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

1.	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen

1.	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

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

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

ggf. weitere Anmerkungen

Datum

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse (siehe Muster 61 Teil B-E ausfüllen)

☐ Rentenversicherung (Hauptberuf liegt bei)

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E 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-E 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

Datum

Verbindliches Muster

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

- Nun kann es los gehen – der eigentliche Antrag 🌙 TEIL B

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

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

☐ Rentenversicherung *(Vordruck liegt bei)*

☐ Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

4. Muster 61 – Teil B

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

„Kreuz“ bei: sonst ist anderer Versicherungsträger zuständig, genau überlegen, ggf. kann man sich die Arbeit sparen
wenn es der Versicherte wünscht

Freigabe 23.03.2022

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

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache
1. _____	_____
2. _____	_____
3. _____	_____

B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

4. _____	_____
5. _____	_____
6. _____	_____

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

1 = Arbeitsunfall einsch. Wegunfall
2 = Berufskrankheit
3 = Schädigungsfolge durch Einwirkung Dritter (z. B. Unfallfolgen)
4 = Folgen von Krieges-, Zivil- oder Wehrdienst
5 = Mehrfachliche Erkrankung (z. B. MSHG)

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 Funktionsbereiche folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität		Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion
TUG	sek + Chair Rise	MMST	/ 30	Schmerzskala	/ 10
Handkraft	kg oder kpa	GDS 15	/ 15		
DEMMI	/ 100 Tinetti	Uhrentest	/ 7		

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

Verbindliches Muster

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche? _____

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil B (7.2020)

4. Muster 61 – Teil B

I. Rehabilitationsbegründete und weitere Diagnosen

☾ wie bei „Teil A“

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen		
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen		
4.		
5.		
6.		

*** 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)

Freigabe 23.03.2022

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		
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.		
2.		
3.		
B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische 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 Funktionsbereiche folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

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

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

Verbindliches Muster

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil B (7.2020)

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit ...

7 8 bisherige Leistungen (Krankenbehandlung):

In den Unterabschnitten C bis F (Teil C) werden die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung, wie ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, Heil- und Hilfsmiteileinsatz und andere Maßnahmen wie z. B., Patientenschulung oder medizinische Vorsorgeleistungen erfragt.

Heilmittel -Angabe zu den bisher verordneten Einzelleistungen und deren Häufigkeit innerhalb der letzten sechs Monate

Verbindliches Muster

4. Muster 61 – Teil C

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit ...

- Längerfristige alltagsrelevanten Beeinträchtigungen von Aktivitäten und Teilhabe (> 6 Monate) in unterschiedlichen Lebensbereichen der Versicherten/des Versicherten sowie dem Unterstützungsbedarf hinsichtlich eines selbstbestimmten und möglichst eigenständigen Lebens.
 - Werden Beeinträchtigungen in den einzelnen Lebensbereichen gesehen, sind diese entsprechend zu bewerten.
- Die Kategorien Mobilität und Selbstversorgung sind dem Lebenshintergrund auf deren/dessen Aktivitäten und Teilhabe im Sinne von Förderfaktoren oder Barrieren, die sowohl in der Umwelt als auch Person begründet sein können.

Freigabe 28.09.2022

Name, Vorname des Versicherten: _____ Versicherungs-Nr.: _____ 61 Teil C

F. 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)	☐	☐	☐	☐

4. Muster 61 – Teil C

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

☐ ja

☐ nein

Freigabe 20.09.2022

Name, Vorname des Versicherten: _____ Versicherungs-Nr.: _____ 61 Teil C

F. 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)	☐	☐	☐	☐
G. Lebensumstände/Kontextfaktoren				
1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren (z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung/-bedarf, sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)	☐ Verbindliches Muster			
2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch				
☐ Bewegungsmangel	BMI	☐ Fehl-/ Mangelernährung	☐ Medikamente	☐ Nikotin
☐ Sonstiges z.B. Suchtmittel				
III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit				
Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit	☐ ja	☐ nein		

4. Muster 61 – Teil D

IV. Rehabilitationsziele

V. Rehabilitationsprognose

VI. Zuweisungsempfehlungen

VII. sonstige Angaben

Freigabe 28.03.2022

Name, Vorname des Versicherten: _____ Versicherungs-Nr.: _____ 61 Teil D

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. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend) _____ ☐ geriatr. Rehabilitation

C. 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)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere _____

VII. Sonstige Angaben

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

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter _____

4. Muster 61 – Teil D

Name, Vorname des Versicherten: _____ Freigabe 23.03.2022 _____ Versicherten-Nr.: _____ 61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

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

Frühzeitig voraussichtlich längerfristige alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten beseitigen, vermindern oder eine Verschlimmerung verhüten, um eine drohende Beeinträchtigung der Teilhabe abzuwenden bzw. eine bereits eingetretene Beeinträchtigung Teilhabe zu beseitigen, zu vermindern oder deren Verschlimmerung zu verhüten - konkret beschreiben!

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. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

_____ ☐ geriatr. Rehabilitation

C. 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)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ Freigabe 23.03.2022 _____ Versicherten-Nr.: _____ 61 Teil D

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. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

_____ ☐ geriatr. Rehabilitation

C. 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)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere _____

VII. Sonstige Angaben

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

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

4. Muster 61 – Teil D

VII. Sonstige Angaben

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

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

Angaben zur möglichen Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen:

Sofern die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, d.h. der Reha-Einrichtung oder die Koordination einer Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung (z. B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse und Pflegekasse gewünscht wird, ist dies anzugeben.

Gründe gegen die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in der Reha-Einrichtung, sind diese unter „Sonstiges“ anzugeben

Bsp.: Erschöpfungssyndrome oder depressiven Störungen der/des pflegenden Angehörigen
räumliche/örtliche Distanzierung vom sozialen Umfeld für eine positive Rehabilitationsprognose

Freigabe 28.03.2022, Versicherten-Nr. 61 Teil D

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. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

☐ geriatr. Rehabilitation

C. 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)

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere

VII. Sonstige Angaben

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

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

☐ Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter

4. Muster 61 – Teil E

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

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

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Name, Vorname des Versicherten Freigabe 23.08.2022 Versicherungs-Nr. 61 Teil E

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

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

Datum

T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen,
sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

T T M M J J

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

T T M M J J

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

T T M M J J

Datum

T T M M J J

Unterschrift der oder des Versicherten
des gesetzlichen Vertreters,
des Betreuers, des Bevollmächtigten

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil E (7/2022)

4. Muster 61 – Teil E

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ

Ort

Straße, Haus-Nr.

Freigabe 23.08.2022

Name, Vorname des Versicherten: _____

Ort: _____

Versicherten-Nr.: _____

61 Teil E

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwilligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.
☐ ja ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.
☐ ja ☐ nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht
Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

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

Datum:

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ Ort Straße, Haus-Nr.

Verbindliches Muster

Datum:

Unterschrift der oder des Versicherten (des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ea (7/2022)

4. Muster 61

[illegible]

Haben Sie noch Fragen zu Muster 61?

5. Muster 64

Krankenkasse bzw. Kostenträger **Freigabe 29.03.2018** **64 Teil A**

Name, Vorname des Versicherten

Verbindliches Muster geb. am

Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. Status

Betreiberkennung Aut.-Nr. Datum

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen (beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐ Tod des Partners/naher Angehöriger	☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung
☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐ Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	☐ Teenager-schwangerschaft	☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
☐ Erziehungsschwierigkeiten	☐ Pflege von Familienangehörigen	☐ soziale Isolation	☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	☐ finanzielle Sorgen	☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	☐ drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	☐ ständiger Zeitdruck	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	
☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	☐ allein erziehend		

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter oder Väter gemäß § 24 SGB V

- maßgebend für Empfehlung ist die Indikation für die Mutter/den Vater
- Leistungen zur medizinischen Rehabilitation für Mütter und Väter können auf dem Muster 61 Teil B-D verordnet werden
- Als Vorsorgeleistung möglich! – da noch keine längerfristigen (> 6 Monate) Aktivitätsbeeinträchtigung
- Leistungen zur medizinischen Vorsorge, wenn eine ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für die Vorsorgeleistung gegeben ist

Name, Vorname des Versicherten Kostenträgerkennung Versicherten-Nr. **64 Teil B**

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

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

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungs-notwendigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1.	TTMMJJ	☐	☐	☐
2.	TTMMJJ	☐	☐	☐
3.	TTMMJJ	☐	☐	☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbitten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum TTMMJJ

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Verkaufsstempel / Unterschrift des Arztes

Muster 64-Ba (10.2018)

5. Muster 64 – Teil A

Freigabe 29.03.2018 **64 Teil A**

**Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V**

Ausreichende physische und psychische Belastbarkeit
für eine Vorsorgeleistung ist gegeben

Verbindliches Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger
Name, Vorname des Versicherten
geb. am
Krankenkassen-Nr.
Versicherten-Nr.
Status
Berufstätiger-Nr.
Art-Nr.
Datum

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐ Tod des Partners/naher Angehöriger	☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐ Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	☐ Teenager-schwangerschaft	☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
☐ Erziehungsschwierigkeiten	☐ Pflege von Familienangehörigen	☐ soziale Isolation	☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	☐ finanzielle Sorgen	☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	☐ drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	☐ ständiger Zeitdruck	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	
☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	☐ allein erziehend		

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Leistung begründende vorsorgerelevanten Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren (z. B. Übergewicht, Tabak- und Alkoholkonsum, Bewegungsmangel)

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

Vorsorgerelevanten Erkrankungen – in Reihenfolge der Bedeutung anzugeben

5. Muster 64 – Teil A

Freigabe 29.03.2018

**Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V**

64 Teil A

Verbindliches Muster

Krankenkasse bzw. Kostenträger: _____

Name, Vorname des Versicherten: _____ geb. am: _____

Kostenübernahme: _____ Versicherten-Nr.: _____ Status: _____

Betriebsärztin-Fkt: _____ Arzt-Nr.: _____ Datum: _____

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschwerden, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

_____ Diagnoseschlüssel ICD-10/GM _____

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐ Tod des Partners/naher Angehöriger	☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐ Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	☐ Teenager-schwangerschaft	☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
☐ Erziehungsschwierigkeiten	☐ Pflege von Familienangehörigen	☐ soziale Isolation	☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	☐ finanzielle Sorgen	☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	☐ drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	☐ ständiger Zeitdruck	☐ allein erziehend	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie
☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	☐ allein erziehend	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

Dokumentation der Anamnese und ggf. des bisherigen Verlaufes der Krankenbehandlung, einschließlich der Beschwerden

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

Beeinträchtigungen der Aktivitäten sind Schwierigkeiten, die ein Mensch bei deren Durchführung haben kann.
z. B. Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, häusliches Leben organisieren.
Die Teilhabe kennzeichnet das Einbezogen sein in eine Lebenssituation, Bsp.: Teilhaben am Familienleben, an der Arbeitswelt oder am sozialen Umfeld. Beeinträchtigungen können beispielsweise Probleme beim Einkaufen, Kochen, in Beziehungen, bei der Erziehung von Kindern, bei der Arbeit oder in der Freizeit sein

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/vaterspezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie	☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Vaterrolle	☐ Tod des Partners/naher Angehöriger	☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind Beziehung
☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung	☐ Partner-/ Eheprobleme/ Trennung vom Partner	☐ Teenager-schwangerschaft	☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule
☐ Erziehungsschwierigkeiten	☐ Pflege von Familienangehörigen	☐ soziale Isolation	☐ sprachliche Verständigungsschwierigkeiten
☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Alltagsprobleme)	☐ finanzielle Sorgen	☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten	☐ drohender Arbeitsplatzverlust/ Arbeitslosigkeit
☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters	☐ ständiger Zeitdruck	☐ allein erziehend	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie
☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten	☐ allein erziehend	☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie	

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Kontextfaktoren stellen die gesamten Lebensumstände einer Person dar. Sie umfassen, sowohl externe (Umweltfaktoren) wie interne Einflussfaktoren (personenbezogene Faktoren).

5. Muster 64 – Teil B

Ziele der Reha können sein:

- Erhalt der Gesundheit bzw. Verhütung von Krankheiten
- Linderung von gesundheitlichen Beschwerden
- Vermeidung der Chronifizierung von Krankheiten
- Entwickeln eines psychosomatischen Krankheitsverständnisses
- Erkennen krankmachender Faktoren
- Erlernen gesunderhaltender Verhaltensweisen
- Stärkung der eigenen Ressourcen und des Selbsthilfepotentials
- Erkennen des Zusammenhangs zwischen Eltern- und Kindergesundheit

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

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

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsbedürftigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1.	TTMMJJ	☐	☐	☐
2.	TTMMJJ	☐	☐	☐
3.	TTMMJJ	☐	☐	☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

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

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsbedürftigkeit*	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe/Betreuung notwendig
1.	TTMMJJ	☐	☐	☐
2.	TTMMJJ	☐	☐	☐
3.	TTMMJJ	☐	☐	☐

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergienarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbitten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum TTMMJJ

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 29.03.2016

Verbindliches Muster

Muster 64-Ba (10.2016)

5. Muster 64 – Teil B

6

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende _____

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung _____

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum
TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Muster 64 Ba (10.2018)

Name, Vorname des Versicherten _____ Kostenträgerkennung _____ Versicherten-Nr. _____ **64 Teil B**

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationsport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

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

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind insbes. bei Behandlungsnotwendigkeit*	Belastete Gründe Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Betreuung notwendig
1. _____	TTMMJJ	☐	☐	☐
2. _____	TTMMJJ	☐	☐	☐
3. _____	TTMMJJ	☐	☐	☐

Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster 65) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Allergenarmut, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende _____

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung _____

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01624 EBM berechnungsfähig

Ausfertigung für die Krankenkasse

Ausstellungsdatum
TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Muster 64 Ba (10.2018)

5. Muster 64

Freigabe 29.03.2018

Verordnung medizinischer
Vorsorge für Mütter oder Väter
gemäß § 24 SGB V

64 Teil A

Verbindliches Muster

geb. am

Krankenkasse bzw. Kostenträger

Versicherten-Nr.

Status

Einzelversicherter-Nr.

Art-Nr.

Datum

I. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen/Erkrankungen

A. Vorsorgerelevante Gesundheitsstörungen einschließlich Risikofaktoren
(Beschreiben, die in absehbarer Zeit zu einer Erkrankung führen können)

B. Vorsorgerelevante Erkrankungen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

II. Vorsorgebedürftigkeit

A. Kurze Angaben zur Anamnese

B. Vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe in Folge der unter I. B. genannten Erkrankungen
(beispielsweise Entscheidungen treffen, mit Stress umgehen, auf die eigene Gesundheit und Ernährung achten, Hausarbeiten erledigen, häusliches Leben organisieren, Familien-/soziale Beziehungen pflegen, einer Beschäftigung sowie eigenen Interessen und Hobbies nachgehen)

C. Kontextfaktoren, die für die mütter-/väter-spezifische Problemkonstellation relevant sind

☐ Mehrfachbelastung durch Beruf/Familie

☐ fehlende Anerkennung der Mutter-/Väterrolle

☐ Tod des Partners/näher Angehöriger

☐ beeinträchtigte Mutter-/Vater-Kind-Beziehung

☐ mangelnde Unterstützung bei der Kindererziehung

☐ Partner-/Eheprobleme/Trennung vom Partner

☐ Teenager-schwangerschaft

☐ Überforderungssituation am Arbeitsplatz/in der Schule

☐ Erziehungsschwierigkeiten

☐ Pflege von Familienangehörigen

☐ soziale Isolation

☐ Schwierigkeiten bei der Problembewältigung (Witwagprobleme)

☐ finanzielle Sorgen

☐ besonders belastende/unregelmäßige Arbeitszeiten

☐ mangelnde Grundkompetenzen im Zusammenhang mit den Aufgaben einer Mutter/eines Vaters

☐ ständiger Zeitdruck

☐ drohender Arbeitsplatzverlust/Arbeitslosigkeit

☐ erhöhter Betreuungsaufwand durch häufig oder chronisch erkrankte, verhaltensauffällige oder behinderte Kinder, frühgeborene Kinder, Mehrlingsgeburten

☐ allein erziehend

☐ nicht gleichberechtigte Stellung der Frau / des Mannes in der Familie

andere Kontextfaktoren; ggf. nähere Erläuterungen

Freigabe 29.03.2018

64 Teil B

III. Krankenbehandlung und andere Maßnahmen

A. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen einschließlich Arzneimittel-/Heilmitteltherapie

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungsziels nicht ausreichend / nicht zielführend

B. Bisherige andere Maßnahmen (z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationsauftrag/Beratung, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfungsangeboten, Angaben zu Maßnahmen in eigener Regie)

IV. Vorsorgeziele

Vorsorgeziele in Bezug auf die genannten Gesundheitsstörungen/Erkrankungen, Kontext- und Risikofaktoren

V. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Leistungsform: Medizinische Vorsorge für Mütter oder Väter nach § 24 SGB V als

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

B. Angaben zu Kindern, die mit aufgenommen werden sollen

Name des Kindes	Geburtsdatum	s. Attest Kind (Indizes bei Behandlungsnotwendigkeit)	Belastete Mutter-/Vater-Kind-Beziehung	Psychosoziale Gründe (Betreuung notwendig)
1.				
2.				
3.				

* Das „Ärztliche Attest Kind“ (Muster B5) nur ausfüllen bei Behandlungsbedürftigkeit, chronischer Erkrankung, Behinderung oder bei psychischen Auffälligkeiten des Kindes (ggf. durch den behandelnden Kinderarzt)

VI. Sonstige Angaben

A. Anforderungen an die Einrichtung (z. B. Klima, Barrierefreiheit, Abgrenzung, besondere Kostformen, fremdsprachliche Angebote, spezialisierte Therapieangebote, konfessionelle Ausrichtung, Einrichtung nur für Frauen, Hinweise für mitaufzunehmende Kinder)

☐ ja, folgende

B. Die Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig

☐ ja, Erläuterung

C. Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisebereitschaft, ggf. vorliegende Schwangerschaft)

D. Rückruf erbeten unter Telefon-Nummer

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung ist die Nr. 01024 EBM berechnungsfähig

Ausstellungsdatum

Ausfertigung für die Krankenkasse

Freigabe 29.03.2018

Verbindliches Muster

Vertragskassenrat / Unterschrift des Arztes

Muster 64 Teil B (01.01.2018)

Haben Sie noch Fragen zu Muster 64?

Von der Wiege bis zur Bahre, Formulare, Formulare!

- Deutsches Sprichwort -

Ihr KOMPAS-Team

