

Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR
---------------------	---------------------------------	------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**Befundbericht nur für Kinderrehabilitationen, nicht für Erholungsverschickungen und nicht für Tbc.**

Dieser Befundbericht ist **nur** vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen und wird einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und beigelegten Kopien mit **25,20 Euro** vergütet.

**Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (Formular G1206).**

**Kosten für Nebenleistungen können nicht übernommen werden.** Dieser Befundbericht steht jetzt auch als **ausfüllbares Formular** im Internet zur Verfügung. ([www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) / Formulare & Publikationen / Formulare / Ärzte)

**Ärztin / Arzt**

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**1 Erkranktes Kind / Jugendliche(r)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort und Tel.-Nr.	
derzeitig in Ausbildung (z. B. als Schüler, Student, Volontär usw.)	

**1.1 Versicherte / Versicherter (Elternteil)**

Name, Vorname	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Das Kind ist bei mir laufend / häufig in Behandlung	seit: <input type="checkbox"/> Das Kind ist bei mir gelegentlich in Behandlung
zuletzt am:	

**3 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung):**

4	Impfstatus	Jahr	Auffrischung (Jahr)	Jahr	Auffrischung (Jahr)
	BCG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		Diphterie <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	Masern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		Tetanus <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	Mumps	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		Polio <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	Röteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		Pertussis <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	HIB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____		FSME <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

**5** Tuberkulintest  nein  ja, zuletzt am: \_\_\_\_\_ Ergebnis: positiv  negativ

**6** Hat das Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten durchgemacht? (wenn möglich, bitte angeben wann)

Masern <input type="checkbox"/>	Scharlach <input type="checkbox"/>	Windpocken <input type="checkbox"/>
Mumps <input type="checkbox"/>	Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>

**7** Sonstige Vorerkrankungen: (einschließlich Angaben zu: Neigung zu Krampfanfällen, Allergiedisposition, Haut- und Atemwegserkrankungen, welche?)

**8** Stationäre Behandlung: (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, u. a. wenn ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen.)



**9** Teilnahme an DMP?  nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?  nein  ja

**10** Familiäre Krankheitsdisposition: (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen, u. a.)

**11** Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes:

Aktuelle Beschwerden: (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)

**12** Klinischer Befund Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?  ja  nein, Abweichungen: \_\_\_\_\_

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)

d) Soziale Integrationsfähigkeit:

**13** Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

**14** Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)

**15** Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

**16** Besuch von - Kindergarten  - Grundschule  - Hauptschule  - Realschule   
 - Gymnasium  - Klassenstufe \_\_\_\_\_ - Gesamtschule   
 - sonstige Einrichtung: \_\_\_\_\_

**17** Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)

**18** Ist das Kind rehabilitationsfähig?  nein  ja

Ist das Kind reisefähig?  alleine  in der Gruppe  Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Datum



Versicherungsnummer	Kennzeichen (soweit bekannt)	MSNR
---------------------	---------------------------------	------

Bei Schriftwechsel bitte Versicherungsnummer, Kennzeichen (soweit bekannt), Maßnahmennummer (MSNR) und Personenstandsdaten des Versicherten angeben

**Befundbericht nur für Kinderrehabilitationen, nicht für Erholungsverschickungen und nicht für Tbc.**

Dieser Befundbericht ist **nur** vom behandelnden Arzt (oder nach stattgefundener Krankenhausbehandlung vom Krankenhausarzt) vollständig zu erstellen und wird einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und beigelegten Kopien mit **25,20 Euro** vergütet.

**Bitte verwenden Sie die hierfür vorgesehene Honorarabrechnung (Formular G1206).**

**Kosten für Nebenleistungen können nicht übernommen werden.** Dieser Befundbericht steht jetzt auch als **ausfüllbares Formular** im Internet zur Verfügung. ([www.deutsche-rentenversicherung.de](http://www.deutsche-rentenversicherung.de) / Formulare & Publikationen / Formulare / Ärzte)

**Ärztin / Arzt**

Name, Vorname
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort

**1 Erkranktes Kind / Jugendliche(r)**

Name, Vorname	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort und Tel.-Nr.	
derzeitig in Ausbildung (z. B. als Schüler, Student, Volontär usw.)	

**1.1 Versicherte / Versicherter (Elternteil)**

Name, Vorname	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
<input type="checkbox"/> Das Kind ist bei mir laufend / häufig in Behandlung	seit: <input type="checkbox"/> Das Kind ist bei mir gelegentlich in Behandlung
zuletzt am:	

**3 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung):**

4	Impfstatus	Jahr	Auffrischung (Jahr)	Jahr	Auffrischung (Jahr)
	BCG	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	Diphterie	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	Masern	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	Tetanus	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	Mumps	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	Polio	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	Röteln	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	Pertussis	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
	HIB	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja	_____	FSME	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____

**5** Tuberkulintest  nein  ja, zuletzt am: \_\_\_\_\_ Ergebnis: positiv  negativ

**6** Hat das Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten durchgemacht? (wenn möglich, bitte angeben wann)

Masern <input type="checkbox"/>	Scharlach <input type="checkbox"/>	Windpocken <input type="checkbox"/>
Mumps <input type="checkbox"/>	Röteln <input type="checkbox"/>	Keuchhusten <input type="checkbox"/>

**7** Sonstige Vorerkrankungen: (einschließlich Angaben zu: Neigung zu Krampfanfällen, Allergiedisposition, Haut- und Atemwegserkrankungen, welche?)

**8** Stationäre Behandlung: (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, u. a. wenn ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen.)



**9** Teilnahme an DMP?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?

nein  ja

**10** Familiäre Krankheitsdisposition: (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen, u. a.)

**11** Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes:

Aktuelle Beschwerden: (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)

**12** Klinischer Befund Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

ja  nein, Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)

d) Soziale Integrationsfähigkeit:

**13** Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

**14** Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)

**15** Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

**16** Besuch von - Kindergarten  - Grundschule  - Hauptschule  - Realschule   
- Gymnasium  - Klassenstufe \_\_\_\_\_ - Gesamtschule   
- sonstige Einrichtung:

**17** Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)

**18** Ist das Kind rehabilitationsfähig?  nein  ja

Ist das Kind reisefähig?  alleine  in der Gruppe  Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

\_\_\_\_\_  
Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Datum





**9** Teilnahme an DMP?

nein  ja, welche? \_\_\_\_\_

Integrierte Versorgung?

nein  ja

**10** Familiäre Krankheitsdisposition: (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-Kreislaufkrankungen, u. a.)

**11** Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes:

Aktuelle Beschwerden: (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)

**12** Klinischer Befund Größe: \_\_\_\_\_ cm Gewicht: \_\_\_\_\_ kg RR: \_\_\_\_\_ mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

ja  nein, Abweichungen:

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche:

c) Besonderheiten des Kindes: (Bettnässen, Aggressionsbereitschaft, u. a.)

d) Soziale Integrationsfähigkeit:

**13** Diagnosen: (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

**14** Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beilegen)

**15** Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)

**16** Besuch von - Kindergarten  - Grundschule  - Hauptschule  - Realschule   
- Gymnasium  - Klassenstufe \_\_\_\_\_ - Gesamtschule   
- sonstige Einrichtung:

**17** Sind besondere Maßnahmen für die bzw. vor der Rehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung / Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Rehabilitation - genaue medizinische Begründung erforderlich u. a.)

**18** Ist das Kind rehabilitationsfähig?  nein  ja

Ist das Kind reisefähig?  alleine  in der Gruppe  Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

Unterschrift der Ärztin / des Arztes (Facharztbezeichnung), Stempel, Datum

