



Bitte zurück an die

**Berliner Ärzteversorgung  
Potsdamer Str. 47  
14163 Berlin (Zehlendorf)**

**Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf Kostenbeteiligung bei medizinischen Reha-Maßnahmen**

- bitte **nicht** bei AHB benutzen -

Mitgl.-Nr.:

**1.**

Titel \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Name \_\_\_\_\_ Vorname \_\_\_\_\_

2. arbeitsunfähig  nein  ja ggf. seit ..  
wegen \_\_\_\_\_

- Bitte deutlich oder in Druckbuchstaben schreiben -

**3. Diagnose(n)** in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)

- bitte ggf. Zusatzblatt beifügen –

**4. Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen**

Taubheit  Blindheit  wesentliche Gehbehinderung  Rollstuhl

sonstige Behinderung:

**4a) Krankheitsvorgeschichte, Risikofaktoren sowie tätigkeitsbedingte und andere soziale Belastungsfaktoren**

**4b) Risikofaktoren / Gefährdung durch:**

- Alkohol     Drogen     Medikamente     Nikotin  
 sonstige:

**5. Untersuchungsbefund**

Datum der letzten Befunderhebung: ..

Ohne Befund sind folgende Organsysteme:

- Atemwege    Herz/Kreislauf     Bauchorgane     Bewegungsapparat  
 Nervensystem und Psyche

Gewicht: \_\_\_\_\_ kg    Größe: \_\_\_\_\_ cm    RR: \_\_\_\_\_ mm Hg    Puls: \_\_\_\_\_.

von der Norm abweichende Befunde:

**6. Bisherige Therapien und Ergebnisse (Medikamente, physikalische Therapie, Psychotherapie, etc.)**

**7. Erforderliche Maßnahmen**

- stationäre Rehabilitation     sonstige

(bei Entwöhnungsbehandlung ist auch ein ausführlicher Sozialbericht erforderlich)

**7a) Anregung spezieller Maßnahmen**

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Krankengymnastik         | <input type="checkbox"/> Ernährungsberatung    | <input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining  |
| <input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie | <input type="checkbox"/> Diätschulung          | <input type="checkbox"/> Entspannungstherapie  |
| <input type="checkbox"/> Rückenschule             | <input type="checkbox"/> Diabetikerschulung    | <input type="checkbox"/> Psychotherapie        |
| <input type="checkbox"/> Gefäßtraining            |  | <input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining |
| <input type="checkbox"/> Inhalationen             |  | <input type="checkbox"/> Logopädie             |
| <input type="checkbox"/> Atemgymnastik            | <input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung | <input type="checkbox"/> Ergotherapie          |
| <input type="checkbox"/> sonstige:                |  |  |

<b>8. Ist die Belastbarkeit für die Rehabilitation gegeben?</b> Besteht eine Schwangerschaft?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
<b>9. Kann der Patient</b>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• ohne fremde Hilfe essen?</li> <li>• sich alleine waschen und anziehen?</li> <li>• sich alleine in der Rehaklinik bewegen?</li> </ul>	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Besteht Harninkontinenz? Liegt ein Blasenkatheter? Besteht Stuhlinkontinenz?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> nein
Kann der Patient		
<ul style="list-style-type: none"> <li>• mit öffentlichen Verkehrsmitteln anreisen? <input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, welches andere Verkehrsmittel?</li> </ul>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/>	
<input type="checkbox"/> ja, ohne Begleitperson	<input type="checkbox"/> ja, mit Begleitperson	
Ist Verständigung in deutscher Sprache möglich?		
<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein, in welcher		
Gesundheitsschäden sind entstanden durch		
1. <input type="checkbox"/> Arbeits-/Wegeunfall, Berufskrankheit 2. <input type="checkbox"/> Wehrdienstbeschädigung 3. <input type="checkbox"/> Unfall 4. <input type="checkbox"/> 1-3 entfällt		
<b>10. Bemerkungen</b> (bitte ggf. Zusatzblatt beifügen)		
Erbitten Rückruf durch den zuständigen Arzt		
<input type="checkbox"/> des Versorgungswerkes		<input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung
<b>11. Antrag erfolgt auf meine Anregung</b> <b>12. Bitte um Rücksendung der beigelegten ärztlichen Unterlagen</b> <b>13. Etwaige Kosten dieses Befundberichtes gehen zu Lasten des/der Antragsteller(in)</b>		

Ort, Datum

Stempelandruck

Unterschrift des Arztes