



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

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

Ärztlicher Befundbericht für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach § 31 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI).

Dieser Befundbericht steht jetzt auch als **ausfüllbares Formular** im Internet zur Verfügung (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/Formulare&Publikationen/Formulare/Ärzte).

1 Erkranktes Kind / Jugendliche oder Jugendlicher (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort und Telefonnummer	
2 Versicherte / Versicherter (Name, Vorname) - Elternteil	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
3 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4 Jetzige Beschwerden, Funktionseinschränkungen, soziale Kontextfaktoren	
5 Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beifügen)	
6 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)	
7 Stationäre Behandlung: (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, und andere, wenn ja: wann, wo, weswegen?) Entlassungsberichte bitte beifügen.)	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSNR

8 Teilnahme an DMP?

nein ja, welche?

9 Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung:

--	--	--	--	--	--

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

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

Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:

10 Soziale Integrationsfähigkeit / Gruppenfähigkeit:

11 Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

12 Familiäre Krankheitsdisposition: (zum Beispiel Allergie, Asthma)

13 Besuch von

Kindergarten Regelschule (bitte Schulform angeben) _____

Sonstige Einrichtung: _____

Förderschule Schwerpunkt Lernen

Förderschule Schwerpunkt Geistige Entwicklung

14 Besteht Rehabilitationsfähigkeit?

nein ja

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

nein

ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson

15 Das Kind ist bei mir **laufend / häufig in Behandlung seit:**

gelegentlich in Behandlung, zuletzt am:

16 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Psychotherapeuten:

17 Ärztin / Arzt (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort und Telefonnummer

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



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSNR

8 Teilnahme an DMP?

nein ja, welche?

9 Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung:

--	--	--	--	--	--

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

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

Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:

10 Soziale Integrationsfähigkeit / Gruppenfähigkeit:

11 Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

12 Familiäre Krankheitsdisposition: (zum Beispiel Allergie, Asthma)

13 Besuch von

Kindergarten Regelschule (bitte Schulform angeben) _____

Sonstige Einrichtung: _____

Förderschule Schwerpunkt Lernen

Förderschule Schwerpunkt Geistige Entwicklung

14 Besteht Rehabilitationsfähigkeit?

nein ja

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

nein

ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson

15 Das Kind ist bei mir **laufend / häufig in Behandlung seit:**

gelegentlich in Behandlung, zuletzt am:

16 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Psychotherapeuten:

17 Ärztin / Arzt (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort und Telefonnummer

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



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

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

Ärztlicher Befundbericht für Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen nach § 31 des Sechsten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB VI).

Dieser Befundbericht steht jetzt auch als **ausfüllbares Formular** im Internet zur Verfügung (www.deutsche-rentenversicherung-bund.de/Formulare&Publikationen/Formulare/Ärzte).

1 Erkranktes Kind / Jugendliche oder Jugendlicher (Name, Vorname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Wohnort und Telefonnummer	
2 Versicherte / Versicherter (Name, Vorname) - Elternteil	Versicherungsnummer oder Geburtsdatum
3 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung für die Rehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation	
1. _____	
2. _____	
3. _____	
4 Jetzige Beschwerden, Funktionseinschränkungen, soziale Kontextfaktoren	
5 Art und Umfang der bisherigen Diagnostik: (Unterlagen bitte in Kopie beifügen)	
6 Art und Umfang der bisherigen ärztlichen Behandlung: (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Probleme bei der Behandlung, wenn ja, welche?)	
7 Stationäre Behandlung: (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, und andere, wenn ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen.)	



Versicherungsnummer

Kennzeichen
(soweit bekannt)

MSNR

8 Teilnahme an DMP?

nein ja, welche?

9 Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung:

--	--	--	--	--	--

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

Atemwege Herz / Kreislauf Bauchorgane Bewegungsapparat Nervensystem und Psyche

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

Gewicht: kg Größe: cm RR: mm Hg Puls:

10 Soziale Integrationsfähigkeit / Gruppenfähigkeit:

11 Krankheitsvorgeschichte (Beginn, Verlauf, Ausprägung)

12 Familiäre Krankheitsdisposition: (zum Beispiel Allergie, Asthma)

13 Besuch von

Kindergarten Regelschule (bitte Schulform angeben) _____

Sonstige Einrichtung: _____

Förderschule Schwerpunkt Lernen

Förderschule Schwerpunkt Geistige Entwicklung

14 Besteht Rehabilitationsfähigkeit?

nein ja

Besteht Reisefähigkeit für öffentliche Verkehrsmittel?

nein

ja, ohne Begleitperson ja, nur mit Begleitperson

15 Das Kind ist bei mir **laufend / häufig in Behandlung seit:**

gelegentlich in Behandlung, zuletzt am:

16 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Psychotherapeuten:

17 Ärztin / Arzt (Name, Vorname)

Straße, Hausnummer, Postleitzahl, Ort und Telefonnummer

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

