



Aktenzeichen: _____

Anlage

zum Antrag von

A. Angaben zur Person

Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)

Geburtsdatum

Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort

AK-Mitgliedsnummer

B. Ärztlicher Befundbericht zum Antrag auf stationäre Kinderrehabilitation

Name, Vorname des Kindes

Geburtsdatum des Kindes

1. Das Kind ist bei mir in Behandlung

seit _____ ☐ laufend/häufig ☐ gelegentlich zuletzt am _____
Tag, Monat, Jahr Tag, Monat, Jahr

2. Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung)

3. Impfstatus

	nein	ja	Jahr	Auffrischung (Jahr)	nein	ja	Jahr	Auffrischung
BCG	☐	☐	_____	_____	Diphtherie	☐	☐	_____
Masern	☐	☐	_____	_____	Tetanus	☐	☐	_____
Mumps	☐	☐	_____	_____	Polio	☐	☐	_____
Röteln	☐	☐	_____	_____	Pertussis	☐	☐	_____
HIB	☐	☐	_____	_____	FSME	☐	☐	_____

Sonstige (z. B. Influenza, Hepatitis B) _____

4. Tuberkulintest

☐ nein ☐ ja, zuletzt am _____ Ergebnis ☐ positiv ☐ negativ
Tag, Monat, Jahr

5. Hat das Kind eine der folgenden Infektionskrankheiten durchgemacht? (wenn möglich bitte angeben wann)

☐ Masern _____ ☐ Scharlach _____ ☐ Windpocken _____
Monat, Jahr Monat, Jahr Monat, Jahr

☐ Mumps _____ ☐ Röteln _____ ☐ Keuchhusten _____
Monat, Jahr Monat, Jahr Monat, Jahr

6. Sonstige Erkrankungen (einschließlich Angaben zu Neigung zu Krampfanfällen, Allergiedisposition, Hauterkrankungen, Atemwegserkrankungen, welche?)

7. Stationäre Behandlung (z. B. Krankenhaus, Kinderrehabilitation; wenn ja wann, wo, weswegen? Entlassungsbericht bitte beifügen)



Aktenzeichen: _____

8. Familiäre Krankheitsdisposition (z. B. Allergie, Asthma, Fettstoffwechselstörungen, Herz-/Kreislaufkrankungen)

9. Besonderheiten in den Lebensumständen des Kindes

10. Aktuelle Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen (Beginn, Verlauf, derzeitiger Zustand)

11. Klinischer Befund

Größe _____ cm Gewicht _____ kg RR _____ mm Hg

a) Altersentsprechende körperliche Entwicklung?

☐ ja ☐ nein, und zwar _____
Abweichung

b) Beurteilung des Nervensystems und der Psyche

c) Besonderheiten des Kindes (z. B. Bettnässen, Aggressionsbereitschaft)

d) Soziale Integrationsfähigkeit

12. Diagnose (In der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Kinderrehabilitation, bei Tumorleiden bitte mit Klassifikation)

13. Art und Umfang der bisherigen Diagnostik (Unterlagen bitte als Kopie beifügen)

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



Aktenzeichen: _____

15. Sind besondere Maßnahmen für die oder vor der Kinderrehabilitation erforderlich? (z. B. Vorbehandlung, diagnostische Abklärung, Fokalsanierung; Dauerbegleitung für die Kinderrehabilitation – genaue medizinische Begründung erforderlich)

16. Gesundheitszustand des Kindes
rehabilitationsfähig

☐ ja ☐ nein

reisefähig

☐ alleine ☐ in der Gruppe ☐ Einzelbegleitung für die Reise erforderlich

Ist für die Dauer der Kinderrehabilitation eine Begleitperson erforderlich?

☐ nein

☐ ja, weil (Bitte mit genauer medizinischer Begründung.)

Der Antrag erfolgt auf meine Anregung

☐ ja ☐ nein

Bitte die beigelegten ärztlichen Unterlagen zurückzusenden

☐ ja ☐ nein

17. Rehabilitationsziele aus meiner Sicht

18. Sonstige Bemerkungen (z. B. Hinweise zu weiteren Teilhabebedarfen)

C. Unterschrift

Datum

Unterschrift und Stempel des Arztes

Die Landwirtschaftliche Alterskasse honoriert diesen Befundbericht pauschal mit 33,47 €. Bitte verwenden Sie die als Anlage beigelegte Honorarabrechnung.



Aktenzeichen:

Honorarabrechnung zum ärztlichen Befundbericht	
Versicherter	
Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)	Geburtsdatum
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort	Telefon Vorwahl/Rufnummer
Ärztlicher Befundbericht (einschließlich Schreibgebühren, Portokosten und Kosten für beigelegte Kopien)	33,47 €
Das Honorar ist zu überweisen an	
Kontoinhaber	IK
Name und Sitz der Bank	
IBAN	BIC
Zuständiges Finanzamt zur Meldung ggf. im Rahmen der Mitteilungsverordnung	
Bitte unbedingt angeben:	
Rechnungsnummer	Rechnungsdatum
Datum	Stempel und Unterschrift
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.	