



Aktenzeichen:

Ärztlicher Entlassungsbericht aus der medizinischen Rehabilitation													
A. Angaben zur Person													
Versicherter Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname), falls nicht mit Patient identisch			Geburtsdatum										
Patient Name, Vorname (ggf. auch Geburtsname)			Geburtsdatum										
Straße, Hausnummer, PLZ, Wohnort			Telefon Vorwahl/Rufnummer										
Rehabilitationseinrichtung													
Abteilung	Abteilungsnummer	IK											
B. Angaben zur Entlassung													
1. Diagnosen in der Reihenfolge ihrer medizinischen Bedeutung (möglichst als Funktionsdiagnosen)	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM (Bitte linksbündig ohne Punkt ausfüllen.)	Seiten- lokalisa- tion	Diag- nose- sicher- heit	Be- hand- lungs- ergeb- nis									
1. _____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
2. _____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
3. _____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
4. _____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
5. _____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
6. _____	<table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>							<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<table border="1" style="width: 30px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td></tr> </table>	
Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung													
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 33%;"> Krankheitsursache _____ 0 = 1-5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschließlich Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen 4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = meldepflichtige Erkrankung </td> <td style="width: 33%;"> Arbeitsunfähigkeitszeiten _____ (innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme) 0 = keine 1 = bis unter 3 Monate 2 = 3 bis unter 6 Monate 3 = 6 und mehr Monate 9 = nicht erwerbstätig </td> <td style="width: 33%;"> AU bei Aufnahme _____ 1 = ja 2 = nein </td> </tr> </table>					Krankheitsursache _____ 0 = 1-5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschließlich Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen 4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = meldepflichtige Erkrankung	Arbeitsunfähigkeitszeiten _____ (innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme) 0 = keine 1 = bis unter 3 Monate 2 = 3 bis unter 6 Monate 3 = 6 und mehr Monate 9 = nicht erwerbstätig	AU bei Aufnahme _____ 1 = ja 2 = nein						
Krankheitsursache _____ 0 = 1-5 trifft nicht zu 1 = Arbeitsunfall einschließlich Wegeunfall 2 = Berufskrankheit 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolgen 4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst 5 = meldepflichtige Erkrankung	Arbeitsunfähigkeitszeiten _____ (innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme) 0 = keine 1 = bis unter 3 Monate 2 = 3 bis unter 6 Monate 3 = 6 und mehr Monate 9 = nicht erwerbstätig	AU bei Aufnahme _____ 1 = ja 2 = nein											
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Aufnahme am _____ Tag, Monat, Jahr </td> <td style="width: 50%;"> Entlassung am _____ Tag, Monat, Jahr </td> </tr> <tr> <td> Art der Durchführung _____ 1 = stationär 2 = ganztägig ambulant 3 = ambulant </td> <td> Besondere Behandlungsformen _____ 0 = keine 1 = MBOR 2 = VMO 3 = VOR 9 = Sonstige </td> </tr> </table>					Aufnahme am _____ Tag, Monat, Jahr	Entlassung am _____ Tag, Monat, Jahr	Art der Durchführung _____ 1 = stationär 2 = ganztägig ambulant 3 = ambulant	Besondere Behandlungsformen _____ 0 = keine 1 = MBOR 2 = VMO 3 = VOR 9 = Sonstige					
Aufnahme am _____ Tag, Monat, Jahr	Entlassung am _____ Tag, Monat, Jahr												
Art der Durchführung _____ 1 = stationär 2 = ganztägig ambulant 3 = ambulant	Besondere Behandlungsformen _____ 0 = keine 1 = MBOR 2 = VMO 3 = VOR 9 = Sonstige												
<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%;"> Entlassungsform _____ 1 = regulär 2 = vorzeitig auf ärztliche Veranlassung 3 = vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis 4 = vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis 5 = disziplinarisch 6 = verlegt 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha 9 = gestorben </td> <td style="width: 50%;"> Arbeitsunfähigkeit _____ 0 = Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben 1 = arbeitsfähig 3 = arbeitsunfähig 4 = Kinder-Reha 5 = Hausfrau/Hausmann 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger) </td> </tr> </table>					Entlassungsform _____ 1 = regulär 2 = vorzeitig auf ärztliche Veranlassung 3 = vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis 4 = vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis 5 = disziplinarisch 6 = verlegt 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha 9 = gestorben	Arbeitsunfähigkeit _____ 0 = Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben 1 = arbeitsfähig 3 = arbeitsunfähig 4 = Kinder-Reha 5 = Hausfrau/Hausmann 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)							
Entlassungsform _____ 1 = regulär 2 = vorzeitig auf ärztliche Veranlassung 3 = vorzeitig mit ärztlichem Einverständnis 4 = vorzeitig ohne ärztliches Einverständnis 5 = disziplinarisch 6 = verlegt 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha 9 = gestorben	Arbeitsunfähigkeit _____ 0 = Maßnahme nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben 1 = arbeitsfähig 3 = arbeitsunfähig 4 = Kinder-Reha 5 = Hausfrau/Hausmann 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)												



Aktenzeichen:

2. Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen sind möglich.)

Weiterbehandelnde Ärzte/Psychologen
☐ diagnostische Klärung
☐ stationäre Behandlung/OP
☐ psycholog. Beratung/Psychotherapie
☐ Kontrolle Laborwerte/Medikamente
☐ Suchtberatung
☐ Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie

Alterskasse
☐ Rehabilitationssport
☐ Funktionstraining
☐ Reha-Nachsorge
☐ stufenweise Wiedereingliederung

Patienten
☐ Selbsthilfegruppe
☐ sonstige Anregung

3. Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen

C. Sozialmedizinische Leistungsbeurteilung und Epikrise

Leistungsvermögen auf dem allgemeinen Arbeitsmarkt (Zutreffendes bitte ankreuzen; Mehrfachnennungen sind möglich.)

1. Positives Leistungsvermögen

körperliche Arbeitsschwere:

☐ schwere Arbeiten ☐ mittelschwere ☐ leichte bis mittelschwere ☐ leichte

zumutbare Arbeitshaltung:

Stehen

☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise

Gehen

☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise

Sitzen

☐ ständig ☐ überwiegend ☐ zeitweise

zumutbare Arbeitsorganisation

☐ Tagesschicht ☐ Früh-/Spätschicht ☐ Nachtschicht

2. Negatives Leistungsvermögen

☐ keine wesentlichen Einschränkungen

Einschränkungen beziehen sich auf (Art/Ausmaß müssen differenziert unter Ziffer 3 beschrieben werden.)

☐ psychomentele Funktionen

☐ Sinnesfunktionen

☐ bewegungsbezogene Funktionen

☐ kardio-pulmonale Funktionen

☐ relevante Gefährdungs- und Belastungsfaktoren

☐ sonstige

3. Beurteilung des zeitlichen Umfangs, in dem eine Tätigkeit entsprechend dem positiven und negativen Leistungsvermögen ausgeübt werden kann

☐ 6 Stunden und mehr ☐ 3 bis unter 6 Stunden ☐ unter 3 Stunden

4. Sozialmedizinische Epikrise (Begründung der Leistungsbeurteilung)



Aktenzeichen:

5. Leistungsdaten durchgeführte therapeutische Leistungen

	KTL-Code	Dauer	Anzahl
1. _____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____
11. _____	_____	_____	_____
12. _____	_____	_____	_____
13. _____	_____	_____	_____
14. _____	_____	_____	_____
15. _____	_____	_____	_____
16. _____	_____	_____	_____
17. _____	_____	_____	_____
18. _____	_____	_____	_____
19. _____	_____	_____	_____
20. _____	_____	_____	_____
21. _____	_____	_____	_____
22. _____	_____	_____	_____
23. _____	_____	_____	_____
24. _____	_____	_____	_____
25. _____	_____	_____	_____

Kodierung der Dauer der therapeutischen Leistung in Minuten

A = 5 Min. C = 15 Min. E = 25 Min. G = 35 Min. I = 45 Min. L = 60 Min. N = 90 Min. Q = 120 Min. S = 180 Min. U = 300 Min.
 B = 10 Min. D = 20 Min. F = 30 Min. H = 40 Min. K = 50 Min. M = 75 Min. P = 100 Min. R = 150 Min. T = 240 Min. Z = individuell



Aktenzeichen:

6. Erläuterungen (soweit erforderlich)

7. Ausführlicher ärztlicher Entlassungsbericht

D. Unterschrift

Datum

Unterschrift und Stempel des leitenden/Stationsarztes