

Ärztlicher Befundbericht

Antrag auf medizinische Leistungen zur ambulanten/stationären Rehabilitation

Polizeiverwaltungsamt
 Ref. Heilfürsorge/Sonderversorgung
 Postfach 230 209
 01112 Dresden

Heilfürsorgeberechtigter

Name, Vorname			
Geb.-Datum		Versichertennummer	
Wohnanschrift			

Frau/Herr		ist in meiner Behandlung seit:	
-----------	--	--------------------------------	--

1.		nach ICD 10
Hauptdiagnose:		
Nebendiagnose(n):		

2. Antragsrelevante Anamnese, einschließlich Krankenhausaufenthalte und Berichte von anderen Fachärzten (bitte in Kopie beifügen)

3. Daraus resultierende Funktionseinschränkungen in Beruf und im Alltag, was ist krankheitsbedingt nicht mehr möglich?

4. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigung der Aktivitäten / Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschrän- kungen	Personelle Hilfe nötig	nicht- durch- führbar	Keine Angabe möglich
Lernen und Wissensanwendung (zum Beispiel Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (zum Beispiel tägliche Routine ausführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (zum Beispiel Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität (zum Beispiel Stehen, Gehen, Transfer Bett Stuhl beziehungsweise Rollstuhl, Treppensteigen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung (Essen, Trinken, Ankleiden und Auskleiden, Waschen, Baden, Duschen, Toilettenbenutzung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (zum Beispiel Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (zum Beispiel Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Arbeit und Beschäftigungen (zum Beispiel wirtschaftliche Eigenständigkeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche: Erziehung und Bildung (zum Beispiel sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Liegen Risikofaktoren vor?

Nein

Ja: Alkohol Nikotin Medikamente Fehlernährung Stress
 Bewegungsmangel

6. Krankenvorgeschichte (wichtige Erkrankungen)

--

7. Untersuchungsbefund

Datum der letzten Befunderhebung

Gewicht:

--

Größe:

--

Blutdruck:

--

7.1 von der Norm abweichende klinische Befunde, funktionelle Störungen, Schädigungsfolgen – bezogen auf die unter Punkt 1 angegebenen Diagnosen; bei muskuloskelettalen Erkrankungen Untersuchung nach der Neutral-0-Methode

--

7.2 für den Rehabilitationsantrag relevante paraklinische Befunde, Anlagen

(Röntgen, Sonografie u.a. bildgebende Diagnostik, EKG, Funktionsuntersuchungen, Laborergebnisse)

--

8. Therapeutische Maßnahmen in den letzten 12 Monaten, Facharztbefunde hinzufügen

(fachärztliche Mitbehandlungen, Medikamente, phys. Therapie, Physiotherapie etc.)

--

9. Auffälligkeiten im psychosozialen Bereich (familiäre Belastungen, berufliche Probleme)

10. Beschreibung der Lebensumstände (Kontextfaktoren)

(zum Beispiel allein / mit Familien lebend, in Alteneinrichtung / Pflegeeinrichtung lebend, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung / Unterstützungsbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

11. Anregung spezieller Maßnahmen

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

sonstige

Rehabilitationsmaßnahmen für Heilfürsorgeberechtigte werden entsprechend der Sächsischen Heilfürsorgeverordnung gemäß der für Vertragsärzte und Kostenträger verbindlichen Festlegungen des § 40 SGB V gewährt. Es wird deshalb um die Beantwortung folgender Fragen gebeten:

12.1 Sind die ambulanten Therapiemöglichkeiten ausgeschöpft?

Ja Nein

12.2 Ist bei der/dem Heilfürsorgeberechtigten auch eine ambulante Rehabilitationsmaßnahme zur Erreichung des Therapiezieles ausreichend?

Ja Nein

Wenn nein, sind besondere Anforderungen an die Kureinrichtung zu stellen?
(behindertengerecht, Klima, Aufnahme mit Begleitperson usw.)

13. Besteht Reisefähigkeit (ggf. ab wann)?

Ja Nein

Benutzung öffentlicher Verkehrsmittel

Begleitperson erforderlich

Krankentransport notwendig

14. Befundänderung in den letzten 12 Monaten

nein

ja Besserung seit

Verschlechterung seit

15. Ist die Besserung der Leistungsfähigkeit möglich?

nein

ja

kann ich nicht beurteilen

Belastbarkeit für eine Rehabilitation besteht.

nein

ja

Bemerkungen

--

Angaben des behandelnden Arztes

Name, Vorname	
Arzt-Nr.:	
Betriebsstätten-Nr.:	

--	--

Ort/Datum

Unterschrift/Stempel

Hinweise zur Abrechnung und zum Ausfüllen des Ärztlichen Befundberichtes für die beantragte Rehabilitationsmaßnahme Ihrer Patientin/Ihres Patienten

Ihre heilfürsorgeberechtigte Patientin / Ihr heilfürsorgeberechtigter Patient beabsichtigt, einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen. Deshalb werden Sie gebeten, einen ärztlichen Befundbericht zu erstellen.

Gemäß Sächsischer Heilfürsorgeverordnung wird eine Rehabilitationsmaßnahme gewährt, soweit sie zur Wiederherstellung oder Erhaltung der Dienstfähigkeit nach einer schweren Erkrankung oder bei einem erheblichen chronischen Leiden zwingend indiziert ist und nicht durch andere Heilmaßnahmen mit gleicher Erfolgsaussicht, insbesondere nicht durch eine Behandlung am Wohnort ersetzt werden kann.

Rehabilitationsmaßnahmen können stationär oder ganztägig ambulant durchgeführt werden.

Ihr Befundbericht ist eine wichtige Grundlage für die Entscheidung des Antrages auf eine Rehabilitationsmaßnahme und wird von einem Polizeiarzt bewertet.

Es ist wichtig, dass Sie dem Heilfürsorgeträger alle Informationen geben und den Befundbericht in allen Punkten vollständig und gut lesbar ausfüllen.

Die Übersendung eines Auszugs aus der Patientenakte als Ersatz für einen ausgefüllten Ärztlichen Befundbericht kann nicht akzeptiert werden.

Bitte übersenden Sie auch aktuelle Krankenhausberichte oder Facharztberichte und Befunde, welche für den Antrag relevant sind und in der Regel nicht älter als ein Jahr sein sollten.

Hier wird sodann die Rehabilitationsbedürftigkeit und Rehabilitationsfähigkeit geprüft und festgestellt, ob und in welchem Umfang eine Maßnahme für Ihre Patientin/Ihren Patienten geeignet ist.

Nach Bewilligung wird Ihr Befundbericht zum Zweck der Festlegungen für eine individuelle Therapieplanung zusammen mit dem Selbstauskunftsbogen Ihrer Patientin/Ihres Patienten der Rehabilitationseinrichtung übergeben.

Ihr Aufwand für den **vollständigen** ärztlichen Bericht wird nach der GOP 01611 des EBM vergütet. Untersuchungen, die Sie im Zusammenhang mit der beantragten Rehabilitationsmaßnahme durchführen werden ebenfalls nach den GOP des EBM vergütet.

Sofern Ihnen eine Abrechnung über eine Kassenärztliche Vereinigung nicht möglich ist, können Sie Ihr Honorar direkt mit der Heilfürsorge abrechnen. Erstattet werden Ihnen in diesem Fall ebenfalls die sich aus den GOP des EBM ergebenden Vergütungen. Ihre Rechnung richten Sie bitte an die im Ärztlichen Befundbericht genannte Adresse.

Der ärztliche Befundbericht steht auch als **ausfüllbares Formulare im Internet** zur Verfügung (<https://www.polizei.sachsen.de/de/8591.htm>).

Vielen Dank für Ihre Unterstützung.