



Muster-Befundbericht

Diagnose: ADHS

Seite 1



Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)



Deutsche
Rentenversicherung

MSAT / MSNR

Befundbericht zum Antrag auf Leistungen zur Rehabilitation von Kindern und Jugendlichen (Kinderrehabilitation)

G0612

Hinweis: Bitte den Befundbericht vollständig und **gut lesbar** (möglichst elektronisch) ausfüllen.

| | | |
|--|----------------------|----------------------|
| Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird | | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Kind (Name, Vorname) | | Geburtsdatum |
| <input type="text"/> | | <input type="text"/> |
| Straße, Hausnummer | | |
| <input type="text"/> | | |
| Postleitzahl | Wohnort | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | |

Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!

| 1 | Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation | ICD-10 |
|----|---|--|
| 1. | Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens | F 9 0 1 |
| 2. | Lese -und Rechtschreibstörung | F 8 1 0 |
| 3. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| 2 | Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf) | |
| | Konzentrationsprobleme seit Kindergartenalter, impulsives Verhalten gegenüber Gleichaltrigen und Autoritätspersonen, wiederholter Schulwechsel | |
| 3 | Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen | |
| | Immer wieder Konfliktsituationen mit Mitschülern, Beschulung gefährdet | |
| 4 | Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!) | |
| | KJP-Abklärung erfolgt | |
| 5 | Untersuchungsbefund | Datum der Befunderhebung: |
| | Gewicht: <input type="text"/> kg Größe: <input type="text"/> cm | <input type="text"/> |
| | Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme: | |
| | <input type="checkbox"/> Atemwege | <input checked="" type="checkbox"/> Haut |
| | <input checked="" type="checkbox"/> Bauchorgane | <input checked="" type="checkbox"/> Herz / Kreislauf |
| | <input type="checkbox"/> Bewegungsapparat | <input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche |
| | von der Norm abweichende Befunde: | |
| | <input type="text"/> | |
| | Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung? | |
| | <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja | |
| | Falls nein, welche Abweichungen? | |
| | LRS, Sprachentwicklungsverzögerung (Z.n.) | |



Muster-Befundbericht Diagnose: ADHS

Seite 2



Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

MSAT / MSNR

6 Art und Umfang der bisherigen Behandlung (Bitte mit genauer Angabe der Langzeitmedikation und aktuellen Medikation, Teilnahme an DMP, Probleme bei der Behandlung, falls ja, welche?)

zum Beispiel Medikinet 10mg 1-0-0

7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

Keine

8 Das Kind ist bei mir in Behandlung

laufend / häufig seit: **Geburt**

gelegentlich, zuletzt am:

9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / **Therapeuten**

Ergotherapeutische Einzeltherapie/ 1x Woche
KJP

10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?

Steigerung der sozialen Kompetenz -und Konfliktfähigkeit, lernen mit innerer Unruhe umzugehen, Überprüfung Medikation

11 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Adipositas, Allergie, Asthma)

Älterer Bruder hat auch ADHS diagnostiziert, ebenfalls im Kindergartenalter

12 Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?)

Wiederkehrende Konflikte im sozialen Umfeld

13 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft, ausreichende Belastbarkeit)

Aggressives Verhalten gegenüber Bruder, Gruppenfähigkeit gegeben

14 Besuch von

Kindergarten Schule **Gemeinschaftsschule 5** (Schulform und Klassenstufe)

Sonstige Einrichtung:

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

nein ja, Schwerpunkt Lernen

ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

15 Bemerkungen

Fachkliniken Wangen im Allgäu

Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt

des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung der Rehabilitationseinrichtung

16 Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut

Name, Vorname

Telefonnummer

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

Seite 2 von 2

G0612-00 DRV

Version 05005 - AGDR 1/2019 - Stand 11.03.2019



Hier finden Sie weitere Muster-Befundberichte und weitere Informationen zum Rehaantrag.

Ein Stück Leben.