

Muster-Befundbericht

Diagnose: Generalisierte Angststörung

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	
Kind (Name, Vorname)			Geburtsdatum	
Straße, Hausnummer				
Postleitzahl		Wohnort		
Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!				
1 Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation			ICD-10	
1. Generalisierte Angststörung			F	4 1 1
2. schwierige fam. Situation (Trennungskind)			Z	6 3
3.				
2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf) Beginn mit Kindergartenentritt, Einzelgänger, Trennung der Eltern 2019				
3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen Grenzaustestend im häuslichen Rahmen, meidet große Menschenmassen, Trennungsgängste, hohe Schulfehlzeiten				
4 Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!) Ergotherapie, kinderpsychiatrische Ambulanz				
5 Untersuchungsbefund				Datum der Befunderhebung:
Gewicht: _____ kg		Größe: _____ cm		
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:				
<input checked="" type="checkbox"/> Atemwege	<input checked="" type="checkbox"/> Haut	<input checked="" type="checkbox"/> Herz / Kreislauf		
<input checked="" type="checkbox"/> Bauchorgane	<input type="checkbox"/> Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche		
von der Norm abweichende Befunde: psychische Belastung aufgrund Trennung der Eltern und angespannte schulische Situation gegenüber Mitschülern				
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?				
<input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja				
Falls nein, welche Abweichungen? Motorische Entwicklung im Kleinkindalter verzögert				



Muster-Befundbericht

Diagnose: Generalisierte Angststörung

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?) Ergotherapeutische Begleitung seit Grundscholeintritt/ 1x Woche		
7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!) keine		
8 Das Kind ist bei mir in Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> laufend / häufig seit: Geburt <input type="checkbox"/> gelegentlich , zuletzt am:		
9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung / Therapeuten) Frühförderstelle Ergotherapie		
10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht? emotionale Stabilisierung, Steigerung soz. Kompetenzen		
11 Familiäre Krankheitsdisposition (zum Beispiel Adipositas, Allergie, Asthma) Großvater Depression		
12 Soziale Kontextfaktoren (Probleme im Elternhaus, in Kindergarten und Schule, im sozialen Umfeld?) Eltern getrennt lebend seit 2019, Kind lebt bei Mutter, jedes 2. Wochenende bei Vater		
13 Besonderheiten, die bei der Rehabilitation zu beachten sind (zum Beispiel Motivation, soziale Integrationsfähigkeit, Gruppenfähigkeit, Aggressionsbereitschaft, ausreichende Belastbarkeit) Fortlaufende Ergotherapie wäre wünschenswert		
14 Besuch von <input type="checkbox"/> Kindergarten <input checked="" type="checkbox"/> Schule Grundschule 4. Klasse (Schulform und Klassenstufe) <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung:		
Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt Lernen <input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung		
15 Bemerkungen Fachkliniken Wangen im Allgäu Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> 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-Befundsberichte und weitere Informationen zum Rehaantrag.

Ein Stück Leben.