



# Muster-Befundbericht

## Diagnose: Emotionale Störung und Autismus

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!

<b>1</b>	<b>Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation</b>	<b>ICD-10</b>
1.	<b>Asperger Autismus</b>	F 8 4 5
2.	<b>Soziale Phobien</b>	F 4 0 1
3.		
<b>2</b>	<b>Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)</b>	
	<b>Autismus im 4. Lebensjahr diagnostiziert, Einzelgänger, emotionale Schwierigkeiten</b>	
<b>3</b>	<b>Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen</b>	
	<b>Meidet große Menschenmassen, benötigt viel Routine/ Struktur, schulische Belastung trotz hoher Begabung</b>	
<b>4</b>	<b>Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)</b>	
	<b>WISC-V Test zum 6. Lebensjahr : IQ 130 (siehe Anhang)</b>	
<b>5</b>	<b>Untersuchungsbefund</b>	Datum der Befunderhebung:
	Gewicht:      kg                      Größe:      cm	
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:		
<input checked="" type="checkbox"/>	Atemwege	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Bauchorgane	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Haut	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsapparat	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Herz / Kreislauf	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Nervensystem und Psyche	
von der Norm <b>abweichende Befunde:</b>		
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?		
<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	ja	
Falls nein, welche Abweichungen?		
<b>Hochbegabung nach WISC-V Test</b>		





# Muster-Befundbericht

## Diagnose: Emotionale Störung und Autismus

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?)

**Sozial pädagogische Familienhilfe seit einem halben Jahr /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**

laufend / häufig seit: **Geburt**  gelegentlich, zuletzt am: \_\_\_\_\_

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

**Jugendamt seit 7. Lebensjahr**

**10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?**

**Soziale Integration im Umgang mit Menschenmassen, Förderung sozial -und emotionaler Defizite, Sicherstellung schulischer Leistungsfähigkeit**

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

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

**Hat kaum soziale Kontakte**

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

**Gewöhnt sich nur langsam an neue Situationen**

**14 Besuch von**

Kindergarten  Schule **Grundschule 3 Kl.** (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

Tipp:  
Hier können Sie  
Ihre Wunschklinik  
angeben!

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.