

Muster-Befundbericht

Diagnose: Sprachentwicklungsstörung

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.	Entwicklungsstörung des Sprechens oder der Sprache	F 8 0 9
2.	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen	F 9 2
3.		
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)	
	Stark verzögerte Sprachentwicklung, dadurch bedingt mittlerweile emotionale Auffälligkeiten, Rückzug, häufige Konfliktsituationen	
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen	
	Verzögerte Sprachkompetenz, soziale Teilhabe beeinträchtigt, Einschulung anstehend/ Unsicherheiten diesbezüglich	
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)	
	Logopädische Diagnostik, Entwicklungsdiagnostik	
5	Untersuchungsbefund	Datum der Befunderhebung:
	Gewicht: <input type="text"/> kg	Größe: <input type="text"/> 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 type="checkbox"/>	Haut	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Herz / Kreislauf	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Nervensystem und Psyche	
von der Norm abweichende Befunde:		
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?		
<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	ja	
Falls nein, welche Abweichungen?		
Sprachentwicklung entspricht nicht der altersgemäßen Entwicklung, eingeschränkte emotionale Entwicklung		

Seite 1 von 2

G0612-00 DRV

Version 05005 - AGDR 1/2019 - Stand 11.03.2019





Muster-Befundbericht

Diagnose: Sprachentwicklungsstörung

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?)

Frühförderung ab dem 2. Lebensjahr (Logopädie 1x/Woche, Ergotherapie Einzelstunden alle 2 Wochen. Siehe beiliegende Befunde)

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**

Frühförderstelle (Logopädie und Ergotherapie)

10 **Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?**

Förderung im Bereich der Sprache, soziale Unsicherheit abbauen, Teilhabe im Schulalltag sicherstellen

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

Kleiner Bruder entwicklungsverzögert

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

Wenige soziale Kontakte

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

Zurückgestellt, Einschulung ausstehend

14 **Besuch von**

Kindergarten Schule _____ (Schulform und Klassenstufe)

Sonstige Einrichtung: _____

Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor?

nein ja, Schwerpunkt Lernen ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung

15 **Bemerkungen**

Fachkliniken Wangen

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-Befundsberichte und weitere Informationen zum Rehaantrag.

Ein Stück Leben.