

Sehr geehrte Patienten,  
um den für Sie schnellstmöglichen Beantragungsablauf zu erreichen, möchten wir Sie bitten, folgende Fragen genau zu beantworten.

**Patientenname:** ..... **geb. am** .....

**DRV/Rentenversicherungsnr. \*):** .....

**Zuständige Rentenversicherung\*):**  DRV Bund  DRV Mitteldeutschland

DRV Knappschaft-Bahn-See  Andere: .....

\*) = nur auszufüllen, wenn noch nicht Altersrentner oder dauerhafter Bezug von Erwerbsunfähigkeitsrente


*Muster 61 Teil B / Abschnitt II. bzw. Befundbericht DRV S. 2 Frage 3*

**A. Anamnese/ Krankengeschichte**  
(Erkrankungen, Beginn und Verlauf)

*Befundbericht DRV S. 2 Frage 4*

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

Resultierende krankheitsbedingte Einschränkungen in Ihrem Beruf und Alltag:

		Versions-Nr.: 2	Seite 1 von 5
	Erstellt durch: C. Wilke u. Sebastian Klein	Geprüft durch: C. Wilke	Freigegeben durch: C. Wilke
	Datum erstellt/geändert: 10.10.2022	Datum geprüft: 24.10.2022	Datum freigegeben: 24.10.2022

*Muster 61 Teil B / Abschnitt II. bzw. Befundbericht DRV S. 3 Frage 6*

**D. Bisherige Therapien**

(ärztlich, Arzneimittel, Operationen, Psychotherapie, Rehasport)

*Muster 61 Teil B / Abschnitt II. bzw. Befundbericht DRV S. 3 Frage 6*

**D. Heilmittel**

(Krankengymnastik, Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie) in den letzten 6 Monaten


Nein       Ja

Wenn ja, welche? Wie häufig?


*Muster 61 Teil C Abschnitt II. bzw. Befundbericht DRV S. 2+3 Frage 5*

**F. Haben Sie Einschränkungen oder Schwierigkeiten damit?**

	Keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Hilfe notwendig	Nicht durchführbar
<b>Einschränkungen Lernen/ Wissen umsetzen</b> (Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Versions-Nr.: 2	Seite 2 von 5
	Erstellt durch: C. Wilke u. Sebastian Klein	Geprüft durch: C. Wilke	Freigegeben durch: C. Wilke
	Datum erstellt/geändert: 10.10.2022	Datum geprüft: 24.10.2022	Datum freigegeben: 24.10.2022

	Keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Hilfe notwendig	Nicht durchführbar
<b>Einschränkungen allg. Aufgaben/ Anforderungen</b> (Tägliche Aufgaben belasten/ Alltagsroutine schaffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschränkungen Kommunikation</b> (sprechen, sehen, hören, schreiben, telefonieren)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschränkungen Mobilität</b>				
Bewegen vom Bett zum Stuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen/ Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: (bitte aufzählen und einfügen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschränkungen Selbstversorgung</b>				
Essen/ Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An-/ Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Körperwaschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden/ Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige: (bitte aufzählen und einfügen)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		Versions-Nr.: 2	Seite 3 von 5
	Erstellt durch: C. Wilke u. Sebastian Klein	Geprüft durch: C. Wilke	Freigegeben durch: C. Wilke
	Datum erstellt/geändert: 10.10.2022	Datum geprüft: 24.10.2022	Datum freigegeben: 24.10.2022

Muster 61 Teil C Abschnitt II. bzw. Befundbericht DRV S. 2+3 Frage 5


**F. Haben Sie Einschränkungen oder Schwierigkeiten damit?**

	Keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	Hilfe notwendig	Nicht durchführbar
<b>Einschränkungen Häusliches Leben</b> (Einkaufen, Hausarbeit verrichten, Mahlzeiten vorbereiten)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschränkungen Aktivitäten zu Personen</b> (Kontakte zur Familie, Kontakte zu anderen Personen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschränkungen wichtige Lebensbereiche</b> (Arbeit, Beschäftigung, Erziehung/ Bildung, Hobby)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Einschränkungen Gemeinschaftsleben, soziales Leben</b> (Teilnahme am Gemeinschaftsleben, Erholung/ Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Muster 61 Teil C Abschnitt II. G. bzw. Befundbericht DRV (S. 4) Frage 9

**Gibt es bei Ihnen wichtige persönliche Faktoren oder Probleme?**

(z.B. allein / im Pflegeheim lebend; Konflikte in der Familie; Pflege oder Tod eines Angehörigen; Sie brauchen Unterstützung im Alltag, Alltagsprobleme sind schwer zu lösen; Sie fühlen sich hoch belastet; es gibt einen Pflegegrad, Schwerbeschädigung)

		Versions-Nr.: 2	Seite 4 von 5
	Erstellt durch: C. Wilke u. Sebastian Klein	Geprüft durch: C. Wilke	Freigegeben durch: C. Wilke
	Datum erstellt/geändert: 10.10.2022	Datum geprüft: 24.10.2022	Datum freigegeben: 24.10.2022

*Muster 61 Teil D Abschnitt IV. B.*

**Welche Ziele wollen Sie durch die Rehabilitationsmaßnahme erreichen?**

*Muster 61 Teil D Abschnitt VII.*

**Ist Ihre häusliche Versorgung gesichert, wenn Sie eine ambulante Rehabilitation in Leipzig erhalten?**

Ja       Nein

Wenn nein, welche Gründe gibt es?

*Muster 61 Teil D Abschnitt VII. bzw. Befundbericht DRV S. 5 Frage 11*

**Ist Ihre Reisefähigkeit gesichert? Wie können Sie anreisen?**


- mit öffentlichen Verkehrsmitteln
- PKW erforderlich
- Begleitperson erforderlich

*Muster 61 Teil D Abschnitt VII.*

**Falls Versorgung einer Pflegeperson während der Rehabilitation erforderlich ist:**

- Mitaufnahme in derselben Einrichtung gewünscht
- Koordination Versorgung in anderer Einrichtung gewünscht

**Sonstige Hinweise/ Informationen:**

		Versions-Nr.: 2	Seite 5 von 5
	Erstellt durch: C. Wilke u. Sebastian Klein	Geprüft durch: C. Wilke	Freigegeben durch: C. Wilke
	Datum erstellt/geändert: 10.10.2022	Datum geprüft: 24.10.2022	Datum freigegeben: 24.10.2022

## Einwilligungserklärung – Patientin/Patient

zur Datenübermittlung im Rahmen Antrag auf medizinische Reha

vom Datum: .....

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht: Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Patientenname: ..... geb. am .....

Krankenversicherungsnummer: .....

Verordnender Arzt (Name oder Stempel): .....

Hiermit willige ich ein in **die Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme** des Medizinischen Dienstes zum Antrag auf medizinische Reha vom o.g. Datum **an meinen verordnenden Arzt** (s.o.):

Ja  Nein

Hiermit willige ich ein in die **Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse** zum Antrag auf medizinische Reha vom o.g. Datum **an untenstehende Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen** durch meinen verordnenden Arzt (s.o.):

Ja  Nein

.....  
Name oder Einrichtungsname und Adresse

.....  
Name oder Einrichtungsname und Adresse

.....  
Name oder Einrichtungsname und Adresse

.....  
Ort, Datum

.....  
Unterschrift Patient/in