PDF Bedienungshilfe

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KREBSBEKÄMPFUNG
der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung
im Lande Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 01 04 · 44701 Bochum | Telefon (02 34) 89 02-0 · Fax (02 34) 89 02-555

Ärztlicher Befundbericht für Anschlussrehabilitation (AR)

Anschlussrehabilitationen werden für Patienten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, wenn wegen einer onkologischen Erkrankung eine Operation, eine zytostatische Behandlung oder eine Strahlentherapie stattgefunden hat und letztere zumindest vorläufig abgeschlossen ist.

Für den gegenüber der DRV Knappschaft-Bahn-See anspruchsberechtigten Personenkreis können die Maßnahmen auch bei Wohnsitz in den alten Bundesländern gewährt werden.

Am Tag des Reha-Antritts muss der Patient frühmobilisiert sein (d.h. er soll in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen, sich anzuziehen und sich auf Stationsebene zu bewegen).

Eine ausreichende Belastbarkeit des Patienten für die Reha-Maßnahme muss gegeben sein.

Die Reise zur Reha-Einrichtung soll grundsätzlich mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bzw. mit eigenem PKW durchgeführt werden können. In besonderen Ausnahmefällen kann der Benutzung anderer Beförderungsmittel (z.B. Mietwagen, Krankenwagen) in Abstimmung mit der Reha-Einrichtung und der Arbeitsgemeinschaft zugestimmt werden.

Anschrift des Krankenhauses/der onkologischen Praxis/des Strahleninstituts

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Datum/Ort _____

Personalien des Patienten

Rentenversicherungsnummer (RV)

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Anspruchsberechtigt bei folgender Krankenkasse

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Falls der Patient nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse ist, bitte Personalien des Mitgliedes eintragen.

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Reha-Einrichtung

_____

Datum der vorgesehenen Aufnahme
in der Reha-Einrichtung _____

BITTE BEACHTEN:
Ggf. bekannte Gründe für Nichteinhalten der AR-Frist (Medizinische Begründung!)

_____

Name Patient, Geb.Datum:

Diagnose und Lokalisation der malignen Erkrankung (Bitte Freitextangabe)

Diagnoseschlüssel (ICD)

☐ ☐☐ . ☐

Tumorstadium/TNM-Klassifikation

☐ T ☐ N ☐ M

ggf. sonstige/s: _____

Histomorphologischer Befund
(ggf. Grading, WHO-Grad o.a.)

Seit wann ist die Krankheit bekannt?
(Monat/Jahr der Diagnose)

Operation/en?

☐ nein ☐ ja

OP-Datum/Daten _____

Art des/der operativen Eingriff/s/e

☐ kurativ-OP ☐ palliativ-OP

Stationäre/r Aufenthalt/e

von _____ bis _____

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Medizinische Reha-Maßnahme/n

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Spezifische antineoplastische medikamentöse Behandlung (z.B. Zytostatika, Immun-, Hormon-, o.a. Therapie)

☐ nein ☐ ja

Präparate _____

Strahlentherapie

☐ nein ☐ noch nicht geklärt ☐ ja

Art _____

von _____ bis _____

Wundheilungsstörungen

☐ nein ☐ ja

Infektionsproblematik (z.B. MRSA)

☐ nein ☐ ja

Begleiterkrankung/en

Diagnose/n _____

Ggf. medikamentöse Behandlung/en

Präparate _____

Abhängigkeitsproblematik

☐ nein ☐ ja

Welche? _____

Zusätzliche Beeinträchtigung
des Patienten/der Patientin durch

☐ Anus praeter
☐ Medikamentenallergie
☐ Dauerkatheter
☐ Tracheostoma
☐ Harninkontinenz
☐ hochgradige Sehschwäche/Blindheit
☐ Stuhlinkontinenz
☐ Gehörlos
☐ Lymphödem
☐ psych. Beeinträchtigung/Erkrankung
☐ Rollstuhl
☐ sonstige _____

Name Patient, Geb.Datum:

Eingehender Allgemeinbefund

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Puls _____ /Min RR _____ / _____

Karnofsky _____ %

Kann der Patient

– ohne Fremde Hilfe essen? ☐ nein ☐ ja

– sich alleine waschen und anziehen? ☐ nein ☐ ja

– sich alleine auf der Station bewegen? ☐ nein ☐ ja

Ist der/die Erkrankte allein mit öffentlichen Verkehrsmitteln/dem privaten PKW reisefähig?

☐ nein ☐ ja

Ist eine Begleitung für die Anreise aus medizinischen Gründen erforderlich?

○ nein ○ ja

Ist ein Taxi-Transport erforderlich?

○ nein ○ ja

Ist ein Krankenwagen-Transport erforderlich?

☐ nein ☐ ja

Name des Arztes

Name _____

Abteilung _____

Telefon _____

Unterschrift des Arztes

✗ Datum _____

✗ Unterschrift _____

Stempel des Arztes/Krankenhauses

Medizinische Stellungnahme der Reha-Einrichtung

Die persönlichen Voraussetzungen nach §2 der Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft sind erfüllt

○ nein ○ ja

Unterschrift des Arztes

✗ Datum _____

✗ Unterschrift _____

ARBEITSGEMEINSCHAFT FÜR KREBSBEKÄMPFUNG
der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung
im Lande Nordrhein-Westfalen
Postfach 10 01 04 · 44701 Bochum | Telefon (02 34) 89 02-0 · Fax (02 34) 89 02-555

Liquidation

Bitte achten Sie auf vollständige und korrekte Angaben!

Für die Erstellung des Befundberichtes für eine med. Reha-Maßnahme über die/den Erkrankte(n)

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

bitte ich das Honorar (einschl. Schreibgebühren und Porto)* auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)

BIC (Bank Identifier Code)

Geldinstitut

Name _____

Ort _____

Kontoinhaberin/Kontoinhaber
Nachname, Vorname bzw. Institutsname

_____

_____

Verwendungszweck

Anschrift des Arztes/des Krankenhauses

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Unterschrift und Stempel des Arztes/ des Krankenhauses

Stempel

✗ Datum _____

✗ Unterschrift _____

* Stand Januar 2015: 27,20 Euro; Stand Januar 2016: 28,20 Euro

Informationen
zur barrierefreien Nutzung

Gestatten Sie uns einige kurze Hinweise zur Benutzerführung dieses PDF-Formulars.

Grundsätzlich haben Sie die Möglichkeit unsere Formulare am Bildschirm zu lesen, auszufüllen, abzuspeichern und auszudrucken.

1. Text am Bildschirm lesen

1.1 Lesezeichennavigation

Links in Ihrem Adobe Reader-Fenster finden Sie die Lesezeichen (falls nicht, drücken Sie bitte F4). Lesezeichen geben Ihnen einen schnellen Überblick über die Inhalte dieses PDFs.

Mit einem Klick auf das kleine Plus- bzw. Minus-Symbol können Sie Lesezeichen auf- bzw. zuklappen, um so untergeordnete Inhaltspunkte ein- bzw. auszublenden.

Außerdem können Sie mit einem Klick auf ein Lesezeichen gezielt die jeweilige Stelle im PDF anspringen. Der betreffende Textabschnitt wird vergrößert dargestellt.

1.2 Spaltenansicht

Um in die vergrößerte Spaltenansicht zu gelangen, klicken Sie mit dem Handwerkzeug in den Text oder wechseln mit Strg + H in den Lesemodus. Mit jedem weiteren Klick in den Text wird der nächstfolgende Textausschnitt angezeigt. Dies funktioniert auch über Spalten- und Seitenwechsel hinweg.

Hinweis: Bitte klicken Sie nicht in ein Formularfeld, sonst wechseln Sie vom Lesemodus in den Ausfüllmodus.

2. Formularfelder ausfüllen

Auf den Formularseiten können Sie bequem mit der Tabulatortaste von Formularfeld zu Formularfeld und auch zur jeweils nächsten Spalte bzw. Seite springen und dort Ihre Eingaben machen.

3. Bedienfelder (Buttons) nutzen

Die blauen Bedienfelder mit dem großen Doppelpfeil können – wie die Formularfelder auch – mit der Tabulatortaste angesprungen werden. Durch einen Klick in die eingerahmte Fläche beziehungsweise durch Betätigen der Enter-Taste lösen Sie die jeweilige Aktion aus.

4. Kommentarfunktion nutzen

Sie können die Kommentarwerkzeuge des Adobe Readers nutzen, um Textstellen im Dokument zu markieren oder Fragen einzufügen. Die Kommentarwerkzeuge finden Sie in der Werkzeugleiste oben im Adobe Reader-Fenster beziehungsweise über das Menü: Anzeigen / Werkzeugleisten / Kommentieren und Markieren.

Erste Seite anzeigen