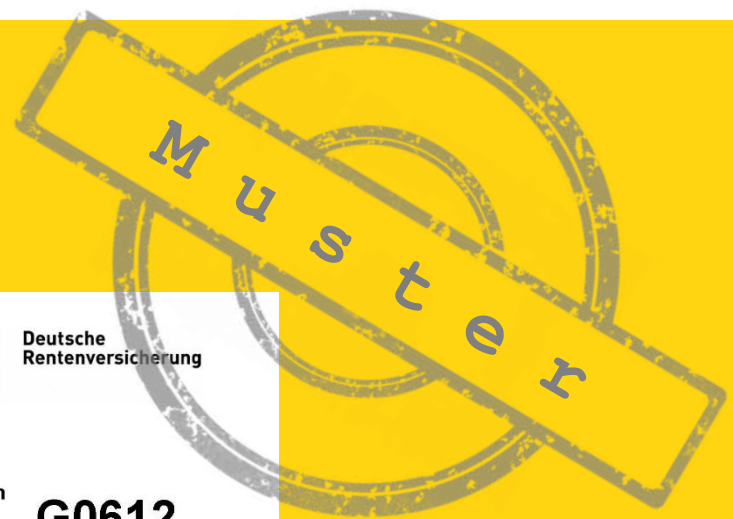




# Muster-Befundbericht

## Diagnose: Angst

Seite 1



Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird  
Kennzeichen (soweit bekannt)



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.	<b>Generalisierte Angststörung</b>	F 4 1 1
2.	<b>schwierige fam. Situation ( Trennungskind)</b>	Z 6 3
3.		
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)	
	<b>Beginn mit Kindergarteneintritt, Einzelgänger, Trennung der Eltern 2019</b>	
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen	
	<b>Grenzaustehend im häuslichen Rahmen, meidet große Menschenmassen, Trennungssängste, hohe Schulfehlzeiten</b>	
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)	
	<b>Ergotherapie, kinderpsychiatrische Ambulanz</b>	
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"/>	Nervensystem und Psyche	
von der Norm <b>abweichende Befunde:</b>		
<b>psychische Belastung aufgrund Trennung der Eltern und angespannte schulische Situation gegenüber Mitschülern</b>		
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?		
<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	ja	
Falls nein, welche Abweichungen?		
<b>Motorische Entwicklung im Kleinkindalter verzögert</b>		





# Muster-Befundbericht Diagnose: Angst

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 Grundschuleintritt/ 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**

**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**

Kindergarten  Schule **Grundschule 4. Klasse** (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

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.