



Muster-Befundbericht

Diagnose: Long Covid mit Angst

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. Panikattacken und Angststörung	R 4 1 0
2. Depressive Episode	F 3 2
3. Leistungsabfall	F 5 3

2 Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)

Auftretende Panikattacken beginnend vor 2 Jahren, zunehmende Überforderung im schulischen Rahmen, vermehrter Rückzug und Vermeidung

3 Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen

Anhaltende Müdigkeit, Kopf- und Gliederschmerzen, schnelle Erschöpfung bei Belastung, erhöhte Schulfehlzeiten, Leistungsängste

4 Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)

Psychotherapie seit 7/22, IQ-Test, CBCL

5 Untersuchungsbefund Datum der Befunderhebung:

Gewicht: kg **Größe:** cm

Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:

<input checked="" type="checkbox"/> Atemwege	<input checked="" type="checkbox"/> Haut	<input checked="" type="checkbox"/> Herz / Kreislauf
<input type="checkbox"/> Bauchorgane	<input checked="" type="checkbox"/> Bewegungsapparat	<input type="checkbox"/> Nervensystem und Psyche

von der Norm **abweichende Befunde:**

psychische Belastung

Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?

nein ja

Falls nein, welche Abweichungen?

Zierlich





Muster-Befundbericht Diagnose: Long Covid mit 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?)

Psychotherapie seit 07/22 1x/ Woche (siehe beiliegenden Befund)
Vitamin D 1000 i.E. 1-0-0

7 Bisherige stationäre Behandlung (Krankenhaus, Kinderrehabilitation, Vorsorge, falls ja: wann, wo, weswegen? Entlassungsberichte bitte beifügen!)

2 Krankenhausaufenthalte wegen versch. Diagnostik (neurologische Untersuchung)

8 Das Kind ist bei mir in Behandlung

laufend / häufig seit: **Geburt** **gelegentlich**, zuletzt am: _____

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

Psychotherapeut/in, Physiotherapeut/in, KH- Gastroenterologe

10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?

Stärkung eigener Ressourcen, Steigerung Selbstwert, schulische Teilhabe gewährleisten, Reduktion Vermeidungsverhalten, Steigerung körperlicher Ausdauer

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

Familiäre Belastung- Großmutter Depression

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

Grundschulalter LRS, Eltern getrennt/ finanzielle Belastung und dadurch entstehende Konflikte

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

Rückzug

14 Besuch von

Kindergarten Schule **Gymnasium 10** (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.