



Muster-Befundbericht

Diagnose: Neurodermitis

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.	Atopisches Ekzem	L 2 0 9
2.	Sonstige Nahrungsmittelallergien	T 7 8 1
3.	Asthma Bronchiale, nicht näher bezeichnet	J 4 5 9
2	Krankheitsvorgeschichte (Beginn und Verlauf)	
	Seit Kleinkindalter atopische Dermatitis und starker Juckreiz, diverse Nahrungsmittelallergien	
3	Jetzige Beschwerden und Funktionsbeeinträchtigungen	
	Verschlechterung der Haut durch Jahreszeitenwechsel und versch. Nahrungsmittel, Schlafstörung und Konzentrationsschwierigkeit/ Leistungsabfall hierdurch, leichtes Asthma	
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)	
	Laborbefunde, Hautarzt (Basistherapie und Allergietest)	
5	Untersuchungsbefund	Datum der Befunderhebung:
	Gewicht: <input type="text"/> kg	Größe: <input type="text"/> cm
Ohne pathologischen Befund sind folgende Organsysteme:		
<input type="checkbox"/>	Atemwege	<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Bauchorgane	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	Haut	<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>	Bewegungsapparat	<input checked="" type="checkbox"/>
		<input checked="" type="checkbox"/>
		Herz / Kreislauf
		Nervensystem und Psyche
von der Norm abweichende Befunde:		
Gestörte Barrierefunktion der Haut, SCORAD		
Altersentsprechende körperliche und geistige Entwicklung?		
<input checked="" type="checkbox"/>	nein	<input type="checkbox"/>
	ja	
Falls nein, welche Abweichungen?		
Haut und Lunge		





Muster-Befundbericht

Diagnose: Neurodermitis

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?)

Zum Beispiel:

**Elidel auf offene Stellen am Abend, Basiscreme Excipial U Lipolotio 4% Urea/ 3x täglich
Salbutamol Spray bei akuter Atemnot, Notfallset Fastjekt und Cetirizin
DMP Asthma**

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

Im Kleinkindalter stationärer Krankenhausaufenthalt (siehe Anhang)

8 Das Kind ist bei mir in Behandlung

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

9 Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten

Hautarzt und Lungenfacharzt

10 Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht?

**Verbesserung des Hautbildes und der Schlafqualität (nächtl. Juckreiz), Gefühl für
Nahrungsmittelallergien, Krankheitsmanagement, Vorbeugen/abwenden von Teilhabe in Kita**

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

Vater hat Asthma

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

Keine

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

Nahrungsmittelallergien auf Ei, Kuhmilch und Nüsse

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 im Allgäu

Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt

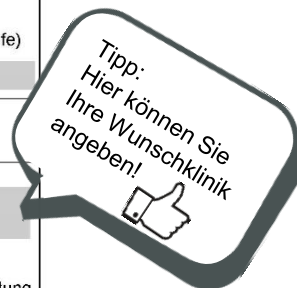
des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung der Rehabilitationseinrichtung

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.