



Muster-Befundbericht

Diagnose: Long Covid mit Depressionen

Seite 1

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Kennzeichen (soweit bekannt)		Deutsche Rentenversicherung
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
MSAT / MSNR			
<input type="text"/>			
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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Kind (Name, Vorname)		Geburtsdatum	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Straße, Hausnummer			
<input type="text"/>			
Postleitzahl	Wohnort		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Zusätzlich zu den Diagnosen sind unbedingt die aktuellen Diagnoseschlüssel anzugeben!			
1	Diagnosen in der Reihenfolge ihrer Bedeutung für die Rehabilitation	ICD-10	
1.	Depressive Episode	F	3 2
2.	Panikattacken	F	4 1
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, Rückzug, Selbstabwertung und Traurigkeit, hoher Kompensationsdruck durch vermehrte Nahrungszufuhr			
4	Art und Ergebnis der bisherigen Diagnostik (Unterlagen und Berichte bitte in Kopie beifügen!)		
Psychotherapie seit 7/22, IQ-Test, CBCL, somatische Abklärung Bauchschmerzen			
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"/> 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?			
<input checked="" type="checkbox"/> nein	<input type="checkbox"/> ja	Falls nein, welche Abweichungen?	
Adipös			





Muster-Befundbericht

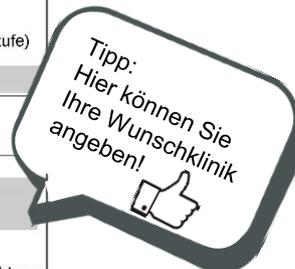
Diagnose: Long Covid mit Depressionen

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 (gastroenterologische Untersuchung)
8	Das Kind ist bei mir in Behandlung <input checked="" type="checkbox"/> laufend / häufig seit: Geburt <input type="checkbox"/> gelegentlich , zuletzt am: _____
9	Mitbehandelnde Ärzte (mit Fachrichtung) / Therapeuten Psychotherapeut/in, Physiotherapeut/in, KH- Gastroenterologe
10	Rehabilitationsziele aus Ihrer Sicht? Stärkung eigener Ressourcen, 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, Trennungsängste
14	Besuch von <input type="checkbox"/> Kindergarten <input checked="" type="checkbox"/> Schule Werkrealschule 7 (Schulform und Klassenstufe) <input type="checkbox"/> Sonstige Einrichtung: _____
	Liegt ein sonderpädagogischer Förderbedarf vor? <input checked="" type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt Lernen <input type="checkbox"/> ja, Schwerpunkt geistige Entwicklung
15	Bemerkungen Fachkliniken Wangen im Allgäu Ich bitte um Rückruf durch die zuständige Ärztin / den zuständigen Arzt <input type="checkbox"/> des Sozialmedizinischen Dienstes der Deutschen Rentenversicherung <input type="checkbox"/> der Rehabilitationseinrichtung
16	Ärztin / Arzt, psychologische Psychotherapeutin / psychologischer Psychotherapeut Name, Vorname _____ Telefonnummer _____



Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

