Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

61 Teil A

Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse

Ist eine medizinische Rehabilitation erforderlich, weil krankheits-/behinderungsbedingt nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft bestehen oder drohen, kann die Zuständigkeit der Krankenkasse bestehen (z. B. bei Altersrentnern, spezifischen Leistungen der medizinischen Rehabilitation für Mütter/Väter).
Ist eine erhebliche Gefährdung oder Minderung der Erwerbsfähigkeit gegeben, besteht grundsätzlich die Zuständigkeit der Rentenversicherung.
Handelt es sich um die Folge eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit, ist grundsätzlich die Zuständigkeit der gesetzlichen Unfallversicherung gegeben.

Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-E ausfüllen.

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen			
1.			
2.			
3.			
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4.			
5.			
6.			

**** Mögliche Ursache der Erkrankung***
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- ***1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall***
- ***2 = Berufskrankheit***
- ***3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)***
- ***4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst***
- ***5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)***

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

☐ **Beratung der/des Versicherten**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **Beratung der/des Versicherten** über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation der Krankenkasse und/oder Rentenversicherung (z. B. bei gleichrangiger Zuständigkeit für Leistungen der Kinder-Rehabilitation oder onkologischen Rehabilitation für Altersrentner) bzw. weitere Leistungen der Krankenkasse (z. B. zur medizinischen Vorsorge in anerkannten Kurorten) **ist angezeigt**.

☐ **Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers**
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-E ist NICHT auszufüllen.

Eine **medizinische Rehabilitation ist erforderlich**, weil krankheits-/behinderungsbedingt eine Minderung der Erwerbsfähigkeit besteht oder droht. **Es wird die Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers erbeten**, weil z. B. die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen der Rentenversicherung nicht eindeutig beurteilt werden können.

ggf. weitere Anmerkungen

Datum T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

gültig ab 01.07.2022

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

☐ Krankenkasse ***(bitte Muster 61 Teil B-E ausfüllen)***

☐ Rentenversicherung ***(Vordruck liegt bei)***

☐ Sonstiges

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

61 Teil B

Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend

☐ Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit

Bei gleichrangiger Zuständigkeit
(z. B. Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner)

☐ Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

		Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1.			
2.			
3.			

B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

4.			
5.			
6.			

**** Mögliche Ursache der Erkrankung***
(nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)

- ***1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall***
- ***2 = Berufskrankheit***
- ***3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)***
- ***4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst***
- ***5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. IfSG)***

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

A. Kurze Angaben zur Anamnese *(insbesondere Beginn und Verlauf)* und zu Krankenhaus- und Facharztbehandlung

B. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde *(relevante Untersuchungsergebnisse / aktuelle Assessmentergebnisse)*

C. Bei geriatrischer Rehabilitation
mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität				Kognition		Schmerz		Herz-/Lungenfunktion	
TUG	sek +	Chair Rise	sek	MMST	/ 30	Schmerz-skala	/ 10	Ergometrie	Watt
Hand-kraft	kg **oder**		kpa	GDS 15	/ 15			FEV1	% + VK %
DEMMI	/ 100	Tinetti	/ 28	Uhren-test	/ 7			NYHA-Stadium	

D. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen sowie andere Maßnahmen *(z. B. Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Beratungs- und Selbsthilfeangebote)*; einschließlich Heilmittelverordnung *(in den letzten 6 Monaten)*

☐ Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

gültig ab 01.07.2022

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

61 Teil C

F. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung *(z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)*	☐	☐	☐	☐
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen *(z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)*	☐	☐	☐	☐
Kommunikation *(z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)*	☐	☐	☐	☐
Mobilität	☐			
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	☐	☐	☐	☐
Stehen / Gehen	☐	☐	☐	☐
Treppensteigen	☐	☐	☐	☐
Sonstige		☐	☐	☐
Selbstversorgung	☐			
Essen / Trinken	☐	☐	☐	☐
An- / Auskleiden	☐	☐	☐	☐
Waschen	☐	☐	☐	☐
Baden / Duschen	☐	☐	☐	☐
Toilettenbenutzung	☐	☐	☐	☐
Sonstige		☐	☐	☐
Häusliches Leben *(z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)*	☐	☐	☐	☐
Interpersonelle Aktivitäten *(z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)*	☐	☐	☐	☐
Bedeutende Lebensbereiche *(z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)*	☐	☐	☐	☐
Gemeinschaftsleben und soziales Leben *(z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)*	☐	☐	☐	☐

gültig ab 01.07.2022

G. Lebensumstände/Kontextfaktoren

1. Rehabilitationsrelevante umwelt- und personbezogene Faktoren

(z. B. allein / mit Familie lebend, in Alten-/Pflegeeinrichtung lebend, Konflikte, Pflege oder Tod eines Familienangehörigen, Unterstützung(-sbedarf), sprachliche Verständigungsschwierigkeiten, Mehrfachbelastung, mangelndes Selbstmanagement, soziale Isolation, Schwierigkeiten bei der Bewältigung von Alltagsproblemen)

2. Risikofaktoren oder Gefährdung durch

☐ Bewegungsmangel Fehlhaltung BMI ____ ☐ Fehl-/Mangelernährung ☐ Medikamente ☐ Nikotin

☐ Sonstiges *z.B. Suchtmittel*

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Der/die Patient/in verfügt über ausreichende physische und psychische Belastbarkeit ☐ ja ☐ nein

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

61 Teil D

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

☐ ja ☐ eingeschränkt, hinsichtlich *(z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)*

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

☐ ambulant ☐ ambulant-mobil ☐ stationär

☐ Mütter-Leistung ☐ Väter-Leistung ☐ als Mutter-Kind-Leistung ☐ als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen *(z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)*

☐ geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen *(u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)*

☐ pflegende/r Angehörige/r ☐ andere

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

☐ neuer Indikation ☐ Verschlimmerung bei gleicher Indikation

☐ **Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig**

☐ **Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert**

Reisefähigkeit

☐ öffentliche Verkehrsmittel ☐ PKW erforderlich ☐ Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

☐ Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

☐ Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges *(z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft)* **/ Rückruf erbeten unter**

gültig ab 01.07.2022

Ausfertigung für die Krankenkasse

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.

61 Teil E

VIII. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärungen und Angaben der/des Versicherten

A. Erteilte Einwillligungserklärungen

1. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der gutachterlichen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes an die verordnende Vertragsärztin / den verordnenden Vertragsarzt wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

2. Einwilligung der/des Versicherten zur Übermittlung der Leistungsentscheidung der Krankenkasse an Angehörige und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen wurde erteilt.

☐ ja ☐ nein

Hinweis zur Datenübermittlung und zum Widerrufsrecht

Die Einwilligung in die Übermittlung erfolgt aufgrund gesetzlicher Vorgaben nach § 40 Abs. 3 Satz 8 SGB V. Die erteilten Einwilligungen können jederzeit mit Wirkung für die Zukunft bei Ihrer Krankenkasse oder der verordnenden Ärztin / dem verordnenden Arzt widerrufen werden.

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-E) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig

Datum T T M M J J

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

B. Angaben der/des Versicherten

Vor der Weiterleitung des Vordrucks an die Krankenkasse von der/dem Versicherten auszufüllen, sofern die Einwilligung unter VIII. A. 2. erteilt wurde.

Angaben durch die Versicherte/den Versicherten zu Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen, denen die Leistungsentscheidung durch die Krankenkasse übermittelt werden soll (VIII. A. 2.).

Name, Vorname

PLZ | Ort | Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ | Ort | Straße, Haus-Nr.

Name, Vorname

PLZ | Ort | Straße, Haus-Nr.

gültig ab 01.07.2022

Datum T T M M J J

Unterschrift der oder des Versicherten (des gesetzlichen Vertreters, des Betreuers, des Bevollmächtigten)

Ausfertigung für die Krankenkasse