

Die **Kassenärztliche Bundesvereinigung**, K.d.ö.R., Berlin

- einerseits -

und

der **GKV-Spitzenverband**
(Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K.d.ö.R., Berlin

- andererseits -

vereinbaren Folgendes:

15. Änderung
der Vereinbarung über den Einsatz des Blankoformularbedruckungs-
Verfahrens zur Herstellung und Bedruckung von Vordrucken
für die vertragsärztliche Versorgung vom 1. Oktober 2014
(Anlage 2a BMV-Ä)

Artikel 1

1. Die Nummer 2.61 wird wie folgt geändert:

„2.61 Muster 61/E:

Teil A: Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Teil B bis D: Verordnung von medizinischer Rehabilitation

(Stand: 04.2020)“

2. In den Nummern 2.61.9 bis 2.61.16 werden die Abbildungen wie folgt geändert:

2.61.9 Muster 61 Teil Aa/E

”

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="padding: 2px;">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Name, Vorname des Versicherten</td></tr> <tr><td style="padding: 2px; text-align: right;">geb. am</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Kostenträgerkennung</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Versicherten-Nr.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Status</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Betriebsstätten-Nr.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Arzt-Nr.</td></tr> <tr><td style="padding: 2px;">Datum</td></tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger	Name, Vorname des Versicherten	geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right; font-weight: bold;">61 Teil A</div> <h3 style="text-align: center;">Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</h3> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</p> <p>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.</p> <p>Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.</p> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger										
Name, Vorname des Versicherten										
geb. am										
Kostenträgerkennung										
Versicherten-Nr.										
Status										
Betriebsstätten-Nr.										
Arzt-Nr.										
Datum										

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall</p> <p>2 = Berufskrankheit</p> <p>3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)</p> <p>4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst</p> <p>5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. HSG)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D 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-D 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 _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (*bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen*)

Rentenversicherung (*Vordruck liegt bei*)

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF NR.
Muster 61 Teil Aa/E (4/2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.10 Muster 61 Teil Ab/E

”

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">61 Teil A</div> <h3 style="text-align: center;">Beratung zu medizinischer Rehabilitation / Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers</h3> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>Hinweis an den Arzt zur Zuständigkeit der Krankenkasse</p> <p>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.</p> <p>Bei Zuständigkeit der Krankenkasse bitte NUR Muster 61 Teil B-D ausfüllen.</p> </div>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____

B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *
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. HSG)

II. Hinweis/Anfrage an die Krankenkasse

Beratung der/des Versicherten
 Bitte NUR Teil A an die Krankenkasse übermitteln. Teil B-D 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-D 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 _____

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

III. Im Original zurück an die Vertragsärztin / den Vertragsarzt

Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Krankenkasse (bitte Muster 61 Teil B-D ausfüllen)

Rentenversicherung (Vordruck liegt bei)

Sonstiges _____

Stempel / Unterschrift der Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF NR.
Muster 61 Teil Ab/E (4/2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.11 Muster 61 Teil Ba/E

”

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<div style="text-align: right;">61 Teil B</div> <h3>Verordnung von medizinischer Rehabilitation</h3> <p>Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit</p> <p>Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. <i>Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall</p> <p>2 = Berufskrankheit</p> <p>3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)</p> <p>4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst</p> <p>5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. HSG)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

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, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF-NR.
Muster 61 Teil Ba/E (4-2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.12 Muster 61 Teil Bb/E

”

<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="3">Krankenkasse bzw. Kostenträger</td> </tr> <tr> <td colspan="3">Name, Vorname des Versicherten</td> </tr> <tr> <td colspan="2"></td> <td style="text-align: right;">geb. am</td> </tr> <tr> <td>Kostenträgerkennung</td> <td>Versicherten-Nr.</td> <td>Status</td> </tr> <tr> <td>Betriebsstätten-Nr.</td> <td>Arzt-Nr.</td> <td>Datum</td> </tr> </table>	Krankenkasse bzw. Kostenträger			Name, Vorname des Versicherten					geb. am	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status	Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum	<h3 style="text-align: center;">Verordnung von medizinischer Rehabilitation 61 Teil B</h3> <p style="text-align: center;">Die kurative Versorgung ist nicht ausreichend</p> <p><input type="checkbox"/> Es handelt sich weder um eine Minderung / erhebliche Gefährdung der Erwerbsfähigkeit noch um die Folgen eines Arbeitsunfalls / einer Berufskrankheit</p> <p>Bei gleichrangiger Zuständigkeit (z. B. <i>Kinder-Rehabilitation, onkologische Rehabilitation für Altersrentner</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> Versicherte/r wünscht eine medizinische Rehabilitation zu Lasten der GKV</p>
Krankenkasse bzw. Kostenträger																
Name, Vorname des Versicherten																
		geb. am														
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status														
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum														

I. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Ursache *	
1. _____	_____	_____	<p>* Mögliche Ursache der Erkrankung (nur anzugeben, wenn eine der folgenden Ursachen zutrifft)</p> <p>1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall</p> <p>2 = Berufskrankheit</p> <p>3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter (z. B. Unfallfolgen)</p> <p>4 = Folgen von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst</p> <p>5 = Meldepflichtige Erkrankung (z. B. HSG)</p>
2. _____	_____	_____	
3. _____	_____	_____	
B. Weitere rehabilitationsrelevante Diagnosen			
4. _____	_____	_____	
5. _____	_____	_____	
6. _____	_____	_____	

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, z. B. Barthel/Frühreha-Barthel)

C. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen

D. Heilmittel in den letzten 6 Monaten (bitte einzelne Maßnahmen angeben)

Heilmittel zur Erreichung des Behandlungszieles nicht ausreichend

E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

nein ja, welche? _____

F. Andere Maßnahmen (z. B. Gesundheits-, Patientenschulungen, Rehabilitationssport/Funktionstraining, Wahrnehmung von Beratungs- und Selbsthilfeangeboten)

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF-NR.
Muster 61 Teil Bb/E (4.2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.13 Muster 61 Teil Ca/E

”

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. 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
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF-NR.
Muster 61 Teil Ca/E (4.2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.14 Muster 61 Teil Cb/E

”

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	61 Teil C
--------------------------------	---------------------	------------------	------------------

G. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

	keine Beeinträchtigungen	Einschränkungen	personelle Hilfe nötig	nicht durchführbar
Lernen und Wissensanwendung (z. B. Probleme lösen, Entscheidungen treffen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Allgemeine Aufgaben und Anforderungen (z. B. tägliche Routine durchführen, mit Belastungen, Krisen sowie Stress umgehen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kommunikation (z. B. Konversation betreiben, Mitteilungen schreiben, Kommunikationsgeräte benutzen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mobilität	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transfer Bett / Stuhl bzw. Rollstuhl	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stehen / Gehen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Treppensteigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Essen / Trinken	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
An- / Auskleiden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Waschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Baden / Duschen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toilettenbenutzung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sonstige <input style="width: 100px;" type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Häusliches Leben (z. B. Einkaufen, Mahlzeiten vorbereiten, Hausarbeit verrichten, anderen Familienmitgliedern helfen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Interpersonelle Aktivitäten (z. B. Familienbeziehungen aufbauen und aufrechterhalten, soziale Beziehungen aufnehmen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bedeutende Lebensbereiche (z. B. Arbeit und Beschäftigung, Erziehung und Bildung, wirtschaftliche Eigenständigkeit, sich beschäftigen können)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gemeinschaftsleben und soziales Leben (z. B. am Gemeinschaftsleben beteiligen, Erholung und Freizeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

H. 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
 Übergewicht
 Untergewicht
 Medikamente
 Nikotin
 Sonstiges (z. B. ungesunde Ernährung, Alkohol) _____

III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.

PRF-NR.
Muster 61 Teil Cb/E (4.2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.15 Muster 61 Teil Da/E

”

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)

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

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig	Datum	
Ausfertigung für die Krankenkasse	Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten.	<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 100px; margin: 0 auto;"></div> <small>Vetragsarztstempel / Unterschrift des Arztes</small>

PRF.NR. Muster 61 Teil Da/E (4-2020)

Original: DIN A 4 hoch“

2.61.16 Muster 61 Teil Db/E

”

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)

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

Für das Ausstellen der ärztlichen Verordnung (Teil B-D) ist die Nr. 01611 EBM berechnungsfähig	Datum	<div style="border: 1px solid black; height: 80px; width: 100%;"></div> Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes
--	-------	---

Ausfertigung für den Vertragsarzt

Der Barcode enthält keine auf dem Formular nicht lesbaren Daten. PRF.NR. Muster 61 Teil Db/E (4-2020)

Original: DIN A 4 hoch“

Artikel 2

Inkrafttreten

Die Änderungen treten mit Wirkung zum 01.04.2020 in Kraft.

Berlin, den 14.11.2019

Kassenärztliche Bundesvereinigung, K.d.ö.R., Berlin

GKV-Spitzenverband, K.d.ö.R., Berlin