

MUSTER 61 – VERORDNUNG VON MEDIZINISCHER REHABILITATION

HINWEISTEXTE FÜR DIE ERSTELLUNG EINER ELEKTRONISCHEN AUSFÜLLHILFE

TEIL A: BERATUNG ZU MEDIZINISCHER REHABILITATION / PRÜFUNG DES ZUSTÄNDIGEN REHABILITATIONSTRÄGERS

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

1. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

Geben Sie hier bitte die relevanten Diagnosen - sofern erforderlich mit Seitenlokalisierung - als Funktionsdiagnosen an, z.B. „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen und weitere Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln.

2. Ursache

Wenn für die Diagnosen eine der rechts auf dem Vordruck aufgeführten Ursachen zutrifft, geben Sie dies, sofern bekannt, hier bitte an.

3. Beratung der/des Versicherten

Wenn zunächst eine Beratung zum Thema Rehabilitation sowie zu weiteren Leistungen durch die Krankenkasse sinnvoll erscheint, kann dies hier angegeben werden.

4. Prüfung des zuständigen Rehabilitationsträgers

Wenn unklar ist, ob die Krankenversicherung oder die Rentenversicherung zuständig ist, geben Sie dies bitte hier an und senden Sie nur Teil A des Vordrucks an die Krankenkasse. Dort wird dann die Zuständigkeit geprüft.

5. ggf. weitere Anmerkungen

Hier ist Platz für weitere Anmerkungen (z.B. Rückruf durch die Krankenkasse). Sofern Anhaltspunkte für weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe bestehen (z. B. Leistungen zur sozialen Teilhabe oder Teilhabe am Arbeitsleben), können diese hier benannt werden.

6. Folgender Rehabilitationsträger ist zuständig

Nach erfolgter Prüfung teilt die Krankenkasse Ihnen mit, ob die Krankenkasse, die Rentenversicherung oder ein anderer Träger zuständig ist. Wenn die Krankenkasse zuständig ist, füllen Sie bitte die Teile B bis E des Vordrucks aus. Wenn die Rentenversicherung zuständig ist, sendet die Krankenkasse Ihnen den Vordruck der Rentenversicherung zu.

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

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

3 ☐ **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**.

4 ☐ **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.

5 ggf. weitere Anmerkungen

Datum

TTMMJJ

Vertragsarztstempel / Unterschrift des Arztes

6 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

Muster 61 Teil Aa (7.2022)

TEIL B-E: VERORDNUNG VON MEDIZINISCHER REHABILITATION

ERLÄUTERUNGEN ZU DEN EINZELNEN FELDERN

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

Bei einer Minderung oder erheblichen Gefährdung der Erwerbsfähigkeit ist die Rentenversicherung zuständig, bei Arbeitsunfällen und Berufskrankheiten die Unfallversicherung. Diese Verordnung ist nur bei Zuständigkeit der Krankenversicherung auszufüllen.

2. Bei gleichrangiger Zuständigkeit

Leistungen der Kinder-Rehabilitation und onkologischen Rehabilitation für Rentnerinnen / Rentner können sowohl zulasten der Rentenversicherung als auch zulasten der Krankenversicherung erbracht werden. Wenn eine Rehabilitation zulasten der Krankenkasse gewünscht wird, geben Sie dies bitte hier an. Ansonsten wird für die Verordnung der Vordruck der Rentenversicherung genutzt.

3. Rehabilitationsbegründende und weitere Diagnosen

Geben Sie hier bitte die relevanten Diagnosen - sofern erforderlich mit Seitenlokalisation - als Funktionsdiagnosen an, z. B. „Coxarthrose re. mit eingeschränkter Gehfähigkeit“. Die den Beeinträchtigungen zugrundeliegenden Diagnosen und weitere Diagnosen sind gemäß ICD-10-GM zu verschlüsseln.

4. Ursache

Wenn für die Diagnosen eine der rechts auf dem Vordruck aufgeführten Ursachen zutrifft, geben Sie dies, sofern bekannt, hier bitte an.

5. Kurze Angaben zur Anamnese

Bitte geben Sie hier die Anamnese und den bisherigen Verlauf der Krankenbehandlung sowie die Beschwerden der Patientin / des Patienten an und machen Angaben zu Krankenhaus- und Facharztbehandlungen.

6. Rehabilitationsrelevante Schädigungen und Befunde

Geben Sie hier bitte die für die Rehabilitation relevanten Funktionseinschränkungen an. Dies kann durch Ergebnisse entsprechender Untersuchungen und Assessments untermauert werden. Für die Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation gelten davon abweichend nachfolgende Hinweise unter Punkt 7.

7. Bei geriatrischer Rehabilitation

Nur bei der Verordnung einer geriatrischen Rehabilitation, mittels Zuweisungsempfehlung unter Punkt 14, sind Ergebnisse von mindestens zwei Funktionstests aus unterschiedlichen Schädigungsbereichen anzugeben.

8. Bisherige ärztliche/psychotherapeutische Interventionen, andere Maßnahmen, einschließlich Heilmittel

Geben Sie in den Abschnitten D bis E bitte die bisher durchgeführten Leistungen der Krankenbehandlung an. Dies umfasst z. B. ärztliche und psychotherapeutische Leistungen, Heil- und Hilfsmittel, Patientenschulungen und medizinische Vorsorgeleistungen. Sofern bekannt, geben Sie zur Heilmitteltherapie bitte auch an, wie häufig welche Einzelleistungen in den letzten sechs Monaten verordnet wurden. Durch das Ankreuzfeld bestätigen Sie, dass das Behandlungsziel mit einer weiteren Heilmittelbehandlung nicht zu erreichen ist.

9. Nicht nur vorübergehende Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe

Geben Sie hier bitte die Beeinträchtigungen und den Unterstützungsbedarf der Patientin / des Patienten an. Relevant sind Beeinträchtigungen, die nicht nur vorübergehend sind. Die Kategorien „Mobilität“ und „Selbstversorgung“ sind untergliedert dargestellt. Hier kann ein übergeordnetes Kreuz gesetzt werden, falls keinerlei Beeinträchtigungen vorliegen.

10. Lebensumstände/Kontextfaktoren

Bitte machen Sie hier Angaben zu den Lebensumständen/Kontextfaktoren, die für den Rehabilitationserfolg relevant sind. Hierzu gehören die eigenen Kompetenzen aber auch externe Faktoren (z.B. soziales Umfeld) und Risiken.

11. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig sind Patientinnen/Patienten, die aufgrund ihrer somatischen und psychischen Verfassung in der Lage sind, an der Durchführung der Rehabilitation mitzuwirken.

12. Rehabilitationsziele

Bitte beschreiben Sie die Rehabilitationsziele möglichst konkret und realistisch (z.B. Gehen kurzer Strecken). Diese Ziele sollen mit der Patientin/dem Patienten und ggf. Angehörigen abgestimmt werden. Weichen die Ziele der Patientin/des Patienten von den Zielen ab, die Sie für realistisch halten, geben Sie dies hier bitte an.

13. Rehabilitationsprognose

In die Rehabilitationsprognose sollen sowohl Ihre medizinische Einschätzung als auch der Lebenshintergrund der Patientin/des Patienten einbezogen werden. Wichtig sind auch die Motivation und eventuelle Risikofaktoren.

14. Zuweisungsempfehlungen

Bitte geben Sie hier die zu empfehlende Rehabilitationsform an. Falls es weitere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung gibt (z.B. Barrierefreiheit, Klima, Allergien), benennen Sie diese bitte hier.

Zudem sind Angaben zu inhaltlichen Schwerpunkten/Indikationen der Rehabilitation, z.B. orthopädisch oder geriatrisch zu machen und, sofern erforderlich, besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung anzugeben.

Falls es sich bei Ihrer Patientin/Ihrem Patienten um eine(n) pflegende(n) Angehörige(n) handelt, ist dies hier anzukreuzen, um insbesondere die Durchführung einer stationären Rehabilitation zu begründen.

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

Im Regelfall ist eine medizinische Rehabilitation nur alle vier Jahre möglich. Ausnahmen sind bei Vorliegen einer neuen Indikation oder einer Verschlimmerung der gleichen Indikation möglich. Dies muss gesondert begründet werden. Für Kinder vor dem vollendeten 18. Lebensjahr findet die gesetzliche Wartefrist von 4 Jahren keine Anwendung.

16. Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Wenn eine zeitweilige Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld erforderlich ist, geben Sie dies bitte hier an. Die Krankenkasse kann dann eine wohnortferne Einrichtung auswählen.

17. Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Diese Angabe ist relevant, damit die Krankenkasse die Notwendigkeit einer Unterstützung bei der häuslichen Versorgung während der ambulanten Rehabilitation prüfen kann.

18. Reisefähigkeit

Bitte geben Sie hier an, ob die Patientin / der Patient in der Lage ist, mit öffentlichen Verkehrsmitteln anzureisen oder ob ein PKW oder eine Begleitperson erforderlich sind.

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

Hier können Angaben zur möglichen Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen gemacht werden. Sofern die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung, d.h. der Rehabilitationseinrichtung oder die Koordination der Versorgung in einer

anderen Einrichtung (z.B. Kurzzeitpflege) durch die Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht wird, ist dies entsprechend anzukreuzen.

20. Sonstiges / Rückruf erbeten unter

Hier können Sie weitere Hinweise geben, die für die Durchführung der Rehabilitation erforderlich sind, beispielsweise zum Bestehen einer Schwangerschaft oder zu Anhaltspunkten für weitere Bedarfe an Leistungen zur Teilhabe.

Sprechen medizinische Gründe (z.B. ein schweres Erschöpfungssyndrom oder depressive Störungen der/des pflegenden Angehörigen) gegen die Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in der Rehabilitationseinrichtung, ist dies hier zu vermerken.

Wenn Sie einen telefonischen Rückruf der Krankenkasse wünschen, geben Sie dies bitte ebenfalls hier an.

21. Inhalt der abgegebenen Einwilligungserklärung und Angaben der/des Versicherten

Der Inhalt der abgegebenen Einwilligungen der oder des Versicherten ist durch die Angabe unter Punkt 1 und 2 zu übermitteln.

22. Angaben der/des Versicherten

Sofern die oder der Versicherte die Einwilligung nach Punkt VIII A. 2. positiv vornimmt, ist darauf hinzuweisen, dass vor einer Weitergabe der Verordnung durch die oder den Versicherten konkrete Angaben zu den Angehörigen und Vertrauenspersonen sowie Pflege- und Betreuungseinrichtungen vorzunehmen sind. Die jeweiligen Angaben sind durch die oder den Versicherten vorzunehmen.

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

3 A. Rehabilitationsbegründende Funktionsdiagnosen

Diagnoseschlüssel
ICD-10-GM

4 Ursache *

1.		
2.		
3.		

* 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)

B. Weitere rehabilitationsrelevante/geriatrietypische Diagnosen

4.		
5.		
6.		

II. Angaben zur Rehabilitationsbedürftigkeit und zum Verlauf der Krankenbehandlung

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

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

7 C. Bei geriatrischer Rehabilitation

mind. zwei Funktionstests folgender unterschiedlicher Schädigungsbereiche

Mobilität					Kognition		Schmerz	Herz-/Lungenfunktion						
TUG	<input type="text"/>	sek + Chair Rise	<input type="text"/>	sek	MMST	<input type="text"/>	/ 30	Schmerzskala	<input type="text"/>	/ 10	Ergometrie	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Watt
Handkraft	<input type="text"/>	kg oder	<input type="text"/>	kpa	GDS 15	<input type="text"/>	/ 15		FEV1	<input type="text"/>	% + VK	<input type="text"/>	%	
DEMMI	<input type="text"/>	/ 100	Tinetti	<input type="text"/>	/ 28	Uhren-test	<input type="text"/>		/ 7	NYHA-Stadium	<input type="text"/>			

8 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

8 E. Rehabilitationsrelevante Hilfsmittel

☐ nein ☐ ja, welche?

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ba (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil C

9 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)	<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"/>			
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 type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Selbstversorgung	<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 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"/>

10 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

<input type="checkbox"/> Bewegungsmangel Fehlhaltung	BMI <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Fehl-/ Mangelernährung	<input type="checkbox"/> Medikamente	<input type="checkbox"/> Nikotin
<input type="checkbox"/> Sonstiges z.B. Suchtmittel	<input type="text"/>			

11 III. Angaben zur Rehabilitationsfähigkeit

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil C (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil D

12 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

--

13 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

<input type="checkbox"/> ja	<input type="checkbox"/> eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage)

14 VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil	<input type="checkbox"/> stationär
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung
		<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung

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

	<input type="checkbox"/> 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)

<input type="checkbox"/> pflegende/r Angehörige/r	<input type="checkbox"/> andere
---	---------------------------------

VII. Sonstige Angaben

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

<input type="checkbox"/> neuer Indikation	<input type="checkbox"/> Verschlimmerung bei gleicher Indikation
---	--

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

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

18 Reisefähigkeit

<input type="checkbox"/> öffentliche Verkehrsmittel	<input type="checkbox"/> PKW erforderlich	<input type="checkbox"/> Begleitperson erforderlich
---	---	---

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

<input type="checkbox"/> Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht (sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)
<input type="checkbox"/> Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil D (7.2022)

Name, Vorname des Versicherten	Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.
--------------------------------	---------------------	------------------

61 Teil E

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

21 A. Erteilte Einwilligungserklärungen

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

22 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.

Datum

T T M M J J

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

Ausfertigung für die Krankenkasse

Muster 61 Teil Ea (7.2022)