



Ärztlicher Befundbericht für Anschlussrehabilitation (AR)

Anschlussrehabilitationen werden für Patienten mit Wohnsitz in Nordrhein-Westfalen durchgeführt, wenn wegen einer onkologischen Erkrankung eine Operation, eine zytostatische Behandlung oder eine Strahlentherapie statt gefunden hat und letztere zumindest vorläufig abgeschlossen ist.

Am Tag des Reha-Antritts muss die Patientin/der Patient frühmobilisiert sein (d.h. sie/er soll in der Lage sein, ohne fremde Hilfe zu essen, sich zu waschen, sich anzuziehen und sich auf Stationsebene zu bewegen).

Eine ausreichende Belastbarkeit der Patientin/des Patienten für die Reha-Maßnahme muss gegeben sein.

Die Reise zur Reha-Einrichtung soll grundsätzlich mit einem öffentlichen Verkehrsmittel bzw. mit eigenem PKW durchgeführt werden können. In besonderen Ausnahmefällen kann der Benutzung anderer Beförderungsmittel (z.B. Mietwagen, Krankenwagen) in Abstimmung mit der Reha-Einrichtung und der Arbeitsgemeinschaft zugestimmt werden.

Anschrift des Krankenhauses/der onkologischen Praxis/des Strahleninstituts

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Datum/Ort _____

Personalien der Patientin/des Patienten

Rentenversicherungsnummer (RV)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Anspruchsberechtigt bei folgender Krankenkasse

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Falls der Patient nicht selbst Mitglied einer Krankenkasse ist, bitte Personalien des Mitgliedes eintragen.

Nachname _____

Vorname _____

Geburtsdatum _____

Reha-Einrichtung

Datum der vorgesehenen Aufnahme
in der Reha-Einrichtung _____

**BITTE BEACHTEN:
Ggf. bekannte Gründe für Nichteinhalten der
AR-Frist (Medizinische Begründung!)**



Name Patient, Geb.Datum: _____

Diagnose und Lokalisation der malignen Erkrankung (Bitte Freitextangabe)

Diagnoseschlüssel (ICD) . **Tumorstadium/TNM-Klassifikation** T N M

ggf. sonstige/s: _____

Histomorphologischer Befund

(ggf. Grading, WHO-Grad o.a.)

Seit wann ist die Krankheit bekannt?

(Monat/Jahr der Diagnose)

Operation/en? nein ja

OP-Datum/Daten _____

Art des/der operativen Eingriff/s/e kurativ-OP palliativ-OP**Stationäre/r Aufenthalt/e**

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Medizinische Reha-Maßnahme/n

von _____ bis _____

von _____ bis _____

Spezifische antineoplastische medikamentöse Behandlung (z.B. Zytostatika, Immun-, Hormon-, o.a. Therapie) nein ja

Präparate _____

von _____ bis _____

Strahlentherapie nein noch nicht geklärt ja

Art _____

von _____ bis _____

Wundheilungsstörungen nein ja**Infektionsproblematik (z.B. MRSA)** nein ja**Begleiterkrankung/en**

Diagnose/n _____

Ggf. medikamentöse Behandlung/en

Präparate _____

Abhängigkeitsproblematik nein ja

Welche? _____

Zusätzliche Beeinträchtigung

des Patienten/der Patientin durch

 Anus praeter Medikamentenallergie Dauerkatheter Tracheostoma Harninkontinenz hochgradige Sehschwäche/Blindheit Stuhlinkontinenz Gehörlos Lymphödem psych. Beeinträchtigung/Erkrankung Rollstuhl sonstige _____



Name Patient, Geb.Datum: _____

Eingehender Allgemeinbefund

Größe _____ cm Gewicht _____ kg

Puls _____ /Min RR _____ / _____

Karnofsky _____ %

Name der Ärztin/des Arztes

Name _____

Abteilung _____

Telefon _____

Kann die Patientin/der Patient– ohne Fremde Hilfe essen? nein ja– sich alleine waschen
und anziehen? nein ja– sich alleine auf der Station
bewegen? nein ja**Ist der/die Erkrankte allein mit öffentlichen
Verkehrsmitteln/dem privaten PKW reisefähig?** nein ja**Ist eine Begleitung für die Anreise aus medizini-
schen Gründen erforderlich?** nein ja**Ist ein Taxi-Transport erforderlich?** nein ja**Ist ein Krankenwagen-Transport erforderlich?** nein ja**Unterschrift der Ärztin/des Arztes**

X Datum _____

X Unterschrift _____

Stempel Ärztin/Arzt/Krankenhaus

**Medizinische Stellungnahme der
Reha-Einrichtung**Die persönlichen Voraussetzungen nach §2 der
Richtlinien der Arbeitsgemeinschaft sind erfüllt nein ja

Unterschrift der Ärztin/des Arztes

X Datum _____

X Unterschrift _____

