



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 frühmobilität 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 ☐ jaOP-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 ☐ jaPräparate _____

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 Seh-
schwäche/Blindheit☐ Stuhlinkontinenz ☐ Gehörlos☐ Lymphödem ☐ psych. Beeinträchti-
gung/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**Unterschrift der Ärztin/des Arztes****X** Datum _____**X** Unterschrift _____**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

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 _____

Postfach 10 01 04 · 44701 Bochum / Telefon (02 34) 89 02-0 · Fax (02 34) 89 02-555

Liquidation *Bitte achten Sie auf vollständige und korrekte Angaben!*

PLZ, Ort _____

[illegible][illegible]

Ort _____

[illegible][illegible]

PLZ, Ort _____

Stempel

X Unterschrift _____

*Stand 2024: 30,41 Euro