



## 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 stattgefunden 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 \_\_\_\_\_

