



## Ärztlicher Befundbericht CA5 | Merkblatt

### für den ärztlichen Befundbericht zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen

Beachten Sie bitte bei der Abgabe Ihres Befundberichtes die folgenden **Hinweise**:

Die medizinischen Voraussetzungen für die Bewilligung einer medizinischen Rehabilitation erfordern u. a., dass die Erkrankung günstig beeinflussbar ist.

Die Bewilligung jeder Reha-Maßnahme hängt von der Schwere der Erkrankung und den damit verbundenen therapeutischen Maßnahmen bzw. deren Folgen ab.

Begleiterkrankungen sind bei der Beurteilung der medizinischen Voraussetzungen ebenfalls von Bedeutung.

Rehabilitationsmaßnahmen werden bis zum Ablauf eines Jahres nach einer beendeten Primärbehandlung gewährt. Darüber hinaus können spätestens bis zum Ablauf von zwei Jahren nach beendeter Primärbehandlung Maßnahmen im Einzelfall erbracht werden, wenn erhebliche Funktionsstörungen entweder durch die Tumorerkrankung selbst oder durch Therapiefolgen vorliegen.

Auch für Wiederholungsmaßnahmen ist der Befundbericht **vollständig**, insbesondere auf Seite 5 (eingehender Allgemeinbefund), **auszufüllen**. Der Hinweis auf Vorgutachten reicht nicht aus.

Ihr ausführlicher Befundbericht erleichtert die Auswahl der Reha-Einrichtung und die Behandlung Ihrer Patientin/Ihres Patienten. Unzureichende Befundberichte werden zum Zwecke der Ergänzung zurückgegeben.

Im übrigen wären Ihnen die Ärztinnen/Ärzte in der Reha-Einrichtung dankbar – dabei bitten wir um Ihr Verständnis –, wenn Sie Ihrer Patientin/Ihrem Patienten vor Antritt der Reha-Maßnahme alle relevanten Befunde, Berichte und Gutachten zur Mitnahme übergeben würden. Unterrichten Sie bitte die Reha-Einrichtung über alle laufenden Therapie-maßnahmen.

Bei Präkanzerosen können medizinische Reha-Leistungen durch die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung **nicht** gewährt werden.

Die zur **Wahrung des Sozial- und des Patienten-geheimnisses** erforderlichen Erklärungen und Informationen erfolgen wie bisher im Rahmen des Antrages auf die stationäre Nachbehandlung.

---

### Diagnoseschlüssel der bösartigen Neubildungen (ICD-10)

- C00 BN der Zunge
  - C01 BN des Zungengrundes
  - C02 BN sonstiger und n. n. bez. Teile der Zunge
  - C03 BN des Zahnfleisches
  - C04 BN des Mundbodens
  - C05 BN des Gaumens
  - C06 BN sonstiger und n. n. bez. Teile des Mundes
  - C07 BN der Parotis
  - C08 BN sonstiger und n. n. bez. großer Speicheldrüsen
  - C09 BN der Tonsille
  - C10 BN des Oropharynx
  - C11 BN des Nasopharynx
  - C12 BN des Recessus piriformis
  - C13 BN des Hypopharynx
  - C14 BN sonstiger und ungenau bez. Lokalisationen der Lippe, der Mundhöhle und des Pharynx
- 
- C15 BN des Ösophagus
  - C16 BN des Magens
  - C17 BN des Dünndarmes
  - C18 BN des Dickdarmes
  - C19 BN des Rektosigmoid, Übergang
  - C20 BN des Rektums
  - C21 BN des Anus und des Analkanals
  - C22 BN der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
  - C23 BN der Gallenblase
  - C24 BN sonstiger und n. n. bez. Teile der Gallenwege

- C25 BN des Pankreas
- C26 BN sonstiger und ungenau bez. Verdauungsorgane
- 
- C30 BN der Nasenhöhle und des Mittelohres
- C31 BN der Nasennebenhöhlen
- C32 BN des Larynx
- C33 BN der Trachea
- C34 BN der Bronchien und der Lunge
- C37 BN des Thymus
- C38 BN des Herzens, des Mediastinum und der Pleura
- C39 BN sonstiger und ungenau bez. Lokalisationen des Atmungssystems und sonstiger intrathorakaler Organe
- 
- C40 BN des Knochens und des Gelenkknorpels der Extremitäten
- C41 BN des Knochens und des Gelenkknorpels sonstiger und n. n. bez. Lokalisationen
- 
- C43 BN der Haut
- C44 Sonstige BN der Haut
- 
- C45 Mesotheliom
- C46 Kaposi-Sarkom
- C47 BN der peripheren Nerven und des autonomen Nervensystems
- C48 BN des Reptroperitoneums und des Peritoneums
- C49 BN sonstigen Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe
- 
- C50 BN der Brustdrüse
- 
- C51 BN der Vulva
- C52 BN der Vagina
- C53 BN der Cervix uteri
- C54 BN des Corpus uteri
- C55 BN des Uterus, Teil n. n. bez.
- C56 BN des Ovars
- C57 BN sonstiger und n. n. bez., weiblicher Genitalorgane
- C58 BN der Plazenta
- 
- C60 BN des Penis
- C61 BN der Prostata
- C62 BN des Hodens
- C63 BN sonstiger und n. n. bez. männlicher Genitalorgane
- 
- C64 BN der Niere, ausgenommen Nierenbecken
- C65 BN des Nierenbeckens
- C66 BN des Ureters
- C67 BN der Harnblase
- C68 BN sonstiger und n. n. bez. Harnorgane
- 
- C69 BN des Auges und der Augenanhangsgebilde
- C70 BN der Meningen
- C71 BN des Gehirns
- C72 BN des Rückenmarkes, der Hirnnerven und anderer Teile des Zentralnervensystems
- C73 BN der Schilddrüse
- C74 BN der Nebenniere
- C75 BN sonstiger endokriner Drüsen und verwandter Strukturen
- C76 BN sonstiger und ungenau bez. Lokalisationen
- C77 Sekundäre und n. n. bez. BN der Lymphknoten
- C78 Sekundäre BN der Atmungs- und Verdauungsorgane
- C79 Sekundäre BN an sonstigen Lokalisationen
- C80 BN ohne Angabe der Lokalisation
- 
- C81 Hodgkin-Krankheit
- C82 Follikuläres Non-Hodgkin-Lymphom
- C83 Diffuses Non-Hodgkin-Lymphom
- C84 Periphere und kutane T-Zell-Lymphome
- C85 Sonstige und n. n. bez. Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
- C88 Bösartige immunproliferative Krankheiten
- C90 Plasmozytom und bösartige Plasmazellen-Neubildungen
- C91 Lymphatische Leukämie
- C92 Myeloische Leukämie
- C93 Monozytenleukämie
- C94 Sonstige Leukämien näher bezeichneten Zelltyps
- C95 Leukämien n. n. bez. Zelltyps
- C96 Sonstige und n.n. bez. BN des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
- 
- C97 BN als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen





Name Patient, Geb.Datum: \_\_\_\_\_

**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

**Unspezifische medikamentöse Dauerbehandlung  
im Zusammenhang mit der malignen Erkrankung?**

nein ja

Präparate \_\_\_\_\_

**Wann wurde die Primärbehandlung der  
malignen Erkrankung beendet?**

Monat/Jahr \_\_\_\_\_

Remission Voll-(CR) Teil-(PR)

seit wann? \_\_\_\_\_

**Progression, Rezidiv oder Metastasen nach-  
weisbar?**

nein ja

festgestellt am \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_

ggf. Art und Lokalisation

seit wann? \_\_\_\_\_

Therapieart

Aktueller **Lokalbefund**, bezogen auf die maligne  
Erkrankung

Rezidivtumor-rTNM T N M

Letzte gebietsärztliche Untersuchung am

**Begleiterkrankungen**

**Diagnose/n**

**Ggf. medikamentöse Behandlung/en?**

Präparate \_\_\_\_\_

**Abhängigkeitsproblematik?**

nein ja

Welche? \_\_\_\_\_



Name Patient, Geb.Datum:

**Zusätzliche Beeinträchtigung des Patienten/der Patientin durch**

- Anus praeter                      Medikamentenallergie
- Dauerkatheter                      Tracheostoma
- Harninkontinenz                      hochgradige Seh-  
schwäche/Blindheit
- Stuhlinkontinenz                      Gehörlos
- Lymphödem                      psych. Beeinträch-  
tigung/Erkrankung
- Rollstuhl                      Sonstige \_\_\_\_\_

**Eingehender Allgemeinbefund**

Größe \_\_\_\_\_ cm      Gewicht \_\_\_\_\_ kg

Puls \_\_\_\_\_ /Min      RR \_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_

Karnofsky \_\_\_\_\_ %

ggf. für die Entscheidung über eine Reha-  
Maßnahme weitere Befunde

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---

**Wurden bereits medizinische Reha-Maßnahmen durchgeführt?**

nein                      ja

ggf. wo

\_\_\_\_\_

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

Anzahl

**Wenn ja, Begründung der medizinischen Notwendigkeit der Wiederholungsmaßnahme**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ist der oder die Erkrankte belastbar für eine Reha-Maßnahme**

nein                      ja

**Ist der oder die Erkrankte allein mit öffentlichem Verkehrsmittel/mit privatem PKW reisefähig?**

nein                      ja

**Ist eine Begleitung für die Anreise aus medizinischen Gründen erforderlich?**

nein                      ja

Wenn ja, medizinische Begründung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Ist ein Taxi-Transport erforderlich?**

nein                      ja

Wenn ja, medizinische Begründung

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Vorschläge für die Reha-Maßnahme**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

---



Name Patient, Geb.Datum:

---

**Angaben über behandelnde Ärztinnen/Ärzte**

Name und Anschrift der/des mitbehandelnden  
Ärztin/Arztes/Krankenhauses

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

PLZ, Ort \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel Ärztin/Arztes/Krankenhaus

