



## 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 Nachsorgeklinik und die Behandlung Ihres Patienten. Unzureichende Befundberichte werden zum Zwecke der Ergänzung zurückgegeben.

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

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



## Ärztlicher Befundbericht

zur medizinischen Rehabilitation bei onkologischen Erkrankungen

**Bitte ausfüllen, ausdrucken, unterschreiben, mit Stempel versehen und zusammen mit dem Antrag des Patienten (CA1) an die Arbeitsgemeinschaft für Krebsbekämpfung unter der oben genannten Adresse senden.**

### Angaben zur Person des Patienten

Rentenversicherungsnummer (RV)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geschlecht      männlich      weiblich

Geburtsname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

Familienstand

ledig      verheiratet      sonstiges

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

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

Nachname \_\_\_\_\_

Vorname \_\_\_\_\_

Geburtsdatum \_\_\_\_\_

### 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)

### Ggf. Hormon-Rezeptor-Status

Östrogen: \_\_\_\_\_

Progesteron: \_\_\_\_\_

ggf. HER2 neu: \_\_\_\_\_

### 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 \_\_\_\_\_

von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_



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 Ärzte**

Name und Anschrift des mitbehandelnden  
Arztes/Krankenhauses

Name \_\_\_\_\_

Straße, Nr. \_\_\_\_\_

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

Telefon \_\_\_\_\_

Datum \_\_\_\_\_

Unterschrift \_\_\_\_\_

Stempel des Arztes/Krankenhauses



der Träger der gesetzlichen Kranken- und Rentenversicherung  
im Lande Nordrhein-Westfalen

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

Liquidation CA5 | 7

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

Für die Erstellung des Befundberichtes für eine  
med. Reha-Maßnahme über die/den Erkrankte(n)

Nachname

Vorname

Geburtsdatum

Straße, Nr.

PLZ, Ort

bitte ich das Honorar (einschl. Schreibgebühren  
und Porto) auf folgendes Konto zu überweisen:

IBAN (International Bank Account Number)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

BIC (Bank Identifier Code)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Geldinstitut

Name

Ort

Kontoinhaberin/Kontoinhaber

Nachname, Vorname bzw. Institutsname

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

-----

**Verwendungszweck**

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

## **Anschrift des Arztes/des Krankenhauses**

Name

Straße, Nr.

PLZ, Ort

## **Unterschrift und Stempel des Arztes/ des Krankenhauses**

Stempel

Datum

Unterschrift



## Informationen

### zur barrierefreien Nutzung



Gestatten Sie uns einige kurze Hinweise zur Benutzerführung dieses PDF-Formulars.

Grundsätzlich haben Sie die Möglichkeit unsere Formulare am Bildschirm zu lesen, auszufüllen, abzuspeichern und auszudrucken.

### 1. Text am Bildschirm lesen


#### 1.1 Lesezeichennavigation

Links in Ihrem Adobe Reader-Fenster finden Sie die Lesezeichen (falls nicht, drücken Sie bitte F4). Lesezeichen geben Ihnen einen schnellen Überblick über die Inhalte dieses PDFs.

Mit einem Klick auf das kleine Plus-  bzw. Minus-Symbol  können Sie Lesezeichen auf- bzw. zuklappen, um so untergeordnete Inhaltspunkte ein- bzw. auszublenden.

Außerdem können Sie mit einem Klick auf ein Lesezeichen gezielt die jeweilige Stelle im PDF anspringen. Der betreffende Textabschnitt wird vergrößert dargestellt.

#### 1.2 Spaltenansicht

Um in die vergrößerte Spaltenansicht zu gelangen, klicken Sie mit dem Handwerkzeug in den Text  oder wechseln mit Strg + H in den Lesemodus. Mit jedem weiteren Klick in den Text wird der nächstfolgende Textausschnitt angezeigt. Dies funktioniert auch über Spalten- und Seitenwechsel hinweg.

Hinweis: Bitte klicken Sie nicht in ein Formularfeld, sonst wechseln Sie vom Lesemodus in den Ausfüllmodus.

### 2. Formularfelder ausfüllen

Auf den Formularseiten können Sie bequem mit der Tabulatortaste von Formularfeld zu Formularfeld und auch zur jeweils nächsten Spalte bzw. Seite springen und dort Ihre Eingaben machen.

### 3. Bedienfelder (Buttons) nutzen

Die blauen Bedienfelder mit dem großen Doppelpfeil können – wie die Formularfelder auch – mit der Tabulatortaste angesprungen werden. Durch einen Klick in die eingerahmte Fläche beziehungsweise durch Betätigen der Enter-Taste lösen Sie die jeweilige Aktion aus.

### 4. Kommentarfunktion nutzen

Sie können die Kommentarwerkzeuge des Adobe Readers nutzen, um Textstellen im Dokument zu markieren oder Fragen einzufügen. Die Kommentarwerkzeuge finden Sie in der Werkzeugleiste oben im Adobe Reader-Fenster beziehungsweise über das Menü: Anzeigen / Werkzeugleisten / Kommentieren und Markieren.

