



Ärztlicher Entlassungsbericht

Bl. 1

Versicherungsnummer										Kennzeichen			
Patientin / Patient (Name, Vorname)													
Geb.-Datum, sofern nicht in o. a. VSNR enthalten													
Straße, Hausnummer													
Postleitzahl				Wohnort									
Versicherte / Versicherter (Name, Vorname), falls nicht mit Patientin / Patient identisch													

MSAT / MSNR													
Rehabilitationseinrichtung													
Abteilung													
IK-NR							Abt.-NR						

Aufnahmedatum

Entlassungsdatum

Art der Durchführung
 1 = stationär
 2 = ganztägig ambulant
 3 = ambulant

Besondere Behandlungsformen
 0 = keine
 1 = MBOR
 2 = MBOR und VOR
 3 = VOR
 9 = Sonstige

Diagnosen

	Diagnoseschlüssel ICD-10-GM	Seitenlokal.	Diagn. Sicherh.	Beh. Ergebn.	Seitenlokalisation R = rechts L = links B = beidseitig
1.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
2.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
3.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Diagnosesicherheit A = Ausgeschl. Diagn. V = Verdachtsdiagn. Z = Zustand nach G = Gesicherte Diagn.
4.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Behandlungsergebnis 0 = 1 - 3 trifft nicht zu 1 = gebessert 2 = unverändert 3 = verschlechtert
5.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
6.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Hinweis zu 6: Weitere Diagnosen ohne Verschlüsselung

Krankheitsursache
 0 = 1 - 5 trifft nicht zu
 1 = Arbeitsunfall einschl. Wegeunfall
 2 = Berufskrankheit
 3 = Schädigungsfolge durch Einwirken Dritter, z. B. Unfallfolge
 4 = Folge von Kriegs-, Zivil- oder Wehrdienst
 5 = Meldepflichtige Erkrankung

Entlassungsform
 1 = regulär
 2 = vorzeitig auf ärztl. Veranlassung
 3 = vorzeitig mit ärztl. Einverständnis
 4 = vorzeitig ohne ärztl. Einverständnis
 5 = disziplinarisch
 6 = verlegt
 7 = Wechsel zu ambulanter, ganztägig ambulanter, stationärer Reha
 9 = gestorben

Arbeitsfähigkeit
 0 = Maßn. nicht ordnungsgemäß abgeschlossen, gestorben
 1 = arbeitsfähig
 3 = arbeitsunfähig
 4 = Kinder-Reha
 5 = Hausfrau / Hausmann
 9 = Beurteilung nicht erforderlich (Altersrentner, Angehöriger)

Arbeitsunfähigkeitszeiten innerhalb der letzten 12 Monate vor Aufnahme
 0 = keine
 1 = bis unter 3 Monate
 2 = 3 bis unter 6 Monate
 3 = 6 und mehr Monate
 9 = nicht erwerbstätig

AU bei Aufnahme
 1 = ja
 2 = nein

Weitere Empfehlungen oder Weiterbehandlung: Zutreffendes bitte ankreuzen (X), Mehrfachnennungen sind möglich

<p>Weiterbehandelnde Ärzte / Psychologen</p> <input type="checkbox"/> Diagnostische Klärung <input type="checkbox"/> Stationäre Behandlung / OP <input type="checkbox"/> Psychol. Beratung / Psychotherapie <input type="checkbox"/> Kontrolle Laborwerte / Medikamente <input type="checkbox"/> Suchtberatung <input type="checkbox"/> Heil- und Hilfsmittel inkl. Physio- und Ergotherapie, Ernährungstherapie	<p>Rentenversicherung</p> <input type="checkbox"/> stufenweise Wiedereingliederung <input type="checkbox"/> Rehabilitations-sport <input type="checkbox"/> Reha-Nachsorge <input type="checkbox"/> Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben prüfen <input type="checkbox"/> Funktions-training	<p>Patienten</p> <input type="checkbox"/> Selbsthilfegruppe <input type="checkbox"/> Sonstige Empfehlung
--	--	--

Erläuterungen und gegebenenfalls weitere Empfehlungen:

Unterschriftsdatum

Ort

Versions-Nr.

0 4

Die Unterschriften haben Geltung für Blatt 1 bis 2 ff. _____

Leitende Ärztin / Leitender Arzt

Ärztin / Arzt