



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.

Die Arbeitsgemeinschaft zahlt für diesen Bericht 27,20 Euro (Stand Januar 2015), 28,20 Euro (Stand Januar 2016) einschließlich Schreibgebühr und Porto.

Versicherte(r)

Nachname _____

Vorname _____

Rentenversicherungsnummer (RV)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(Nur ausfüllen, wenn Patient nicht die/der Versicherte ist.)

Angaben zur Person des Patienten

Nachname _____

Vorname _____

Geschlecht männlich weiblich

Geburtsname _____

Geburtsdatum _____

Familienstand _____

ledig verheiratet sonstiges

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

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 _____



**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? _____



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



Angaben über behandelnde Ärzte

Name und Anschrift des mitbehandelnden
Arztes/Krankenhauses

Name _____

Straße, Nr. _____

PLZ, Ort _____

Telefon _____

Datum _____

Unterschrift _____

Stempel des Arztes/Krankenhauses

