



## 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.**

### 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

