

Versicherungsnummer der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen (soweit bekannt)

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



Deutsche Rentenversicherung

MSAT / MSNR

--	--	--	--

## Zusatzbogen onkologische Rehabilitation

# S0052

Name, Vorname der Person, aus deren Versicherung die Leistung beantragt wird	Geburtsdatum
Patientin / Patient (Name, Vorname)	Geburtsdatum

<b>Staging und Grading (TNM-Klassifikation):</b>
Progression: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
Rezidiv: <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Teilremission:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Vollremission:</b> <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja
<b>Chemotherapie (mit Angabe von Monat und Jahr):</b>
<b>Radiatio (mit Angabe von Monat und Jahr):</b>



Versicherungsnummer der Person, aus deren  
Versicherung die Leistung beantragt wird

Kennzeichen  
(soweit bekannt) MSAT / MSNR

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

**Ende der Primärtherapie:**

Monat	Jahr

**gegebenenfalls voraussichtliches Ende der Primärtherapie:**

Monat	Jahr

**Intravenöse Ernährung:**

nein  ja

**Sondenernährung:**

nein  ja

Liegende PEG bei Beginn der Rehabilitation:

nein  ja

**Weitere schwerwiegende Komplikationen (zum Beispiel Demenz, Fatigue, Inkontinenz, Polyneuropathie):**

Unterschrift, Datum, Stempel, Berufsbezeichnung, gegebenenfalls mit Facharztbezeichnung

