



Von Ihrem behandelnden Arzt auszufüllen:

Name, Vorname: _____

Geburtsdatum: _____

Größe: _____ cm

Gewicht: _____ kg

RR: _____ mmHg

Risikofaktoren:

- Diabetes
- Hypertonie
- Fettstoffwechselstörung
- Nikotin
- Alkohol
- Sonst. Stoffwechselstörung

Medizinische Begründung für die Notwendigkeit von ambulanten Vorsorgeleistungen

- Schwächung der Gesundheit/Krankheitsverhütung
- Vermeidung der Verschlimmerung behandlungsbedürftiger Krankheiten
- Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung von Kindern

Folgende Maßnahme ist erforderlich?

- Ambulante Vorsorgeleistung in einem anerkannten Kurort
- Kompaktkur
- Ambulante Vorsorgeleistung für Kinder

Wie lautet die rehabilitationsbegründende Diagnose? Seit wann besteht diese?

Welche für die Rehabilitation relevanten Nebendiagnosen liegen bei dem/der PatientIn vor?

Welche Einschränkungen bestehen bei dem/der PatientIn und begründen vor allem die Notwendigkeit einer Rehabilitation? (Schädigungsmuster, rehabilitationsbegründende Fähigkeitsstörungen)



Liegen bei dem/der PatientIn weitere Fähigkeitsstörungen oder Besonderheiten vor (z. B. neurologisch, psychiatrisch)?

Welche diagnostischen Maßnahmen wurden bei dem/der PatientIn in den letzten 6 Monaten durchgeführt?

Liegen aktuelle Untersuchungsbefunde vor (bitte beifügen)?

Liegen antragsrelevante Entlassungsberichte eines Krankenhauses/Kurklinik vor (bitte beifügen)?

Sind die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung am Wohnort einschließlich fachärztlicher Behandlung ausgeschöpft? ja nein

Welche antragsrelevanten Behandlungsmaßnahmen wurden in den letzten 12 Monaten verordnet? z. B. Krankengymnastik

- sonstige Physiotherapie
- physikalische Therapie
- Ergotherapie
- Logopädie
- Reha-Sport
- Funktionstraining in Gruppen
- Medikamente
- Psychotherapie

Welche Gründe liegen für die Feststellung "Maßnahmen am Wohnort nicht ausreichend" vor?

Falls RehaMaßnahme vor Ablauf der gesetzlich vorgegebenen Frist erforderlich ist: Welche medizinischen Gründe liegen vor, die eine vorzeitige Durchführung der Maßnahme **zwingend** erforderlich machen, obwohl seit der letzten Kur noch keine 48 Monate vergangen sind (geben Sie bitte eine ausführliche Begründung an)?

Worin wird das individuelle realistische Rehabilitationsziel gesehen (stichwortartige Angaben erbeten)?



Ist die Rehabilitationsfähigkeit des/der Versicherten gegeben? ja nein

Vorgeschlagene Therapiemaßnahmen:

**Reithofpark-Klinik
Reithof 1**

83075 Bad Feilnbach

Vorschlag für Kurort bzw. Reha-Einrichtung:

Internet: www.klinik-more.de

Info & Buchungen zum Nulltarif: 0800/8066890

Voraussichtliche notwendige Kurdauer _____ Tage

Nur bei Kleinkindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr auszufüllen:

Besteht eine chronische Erkrankung, die Dauerbehandlung verursacht?

ja

nein

Datum

Stempel, Unterschrift

- Für die Beantwortung dieser Anfrage ist die Nr. 79 BMÄ/E-GO berechnungsfähig -