

Bericht der behandelnden Ärztin oder des behandelnden Arztes

Zutreffendes bitte ankreuzen und ausfüllen

Anlage zum Antrag auf Bewilligung eines Rehabilitationsverfahrens

| | |
|---|------------|
| Zur Vorlage bei Niedersächsisches Landesamt für Bezüge und Versorgung, Heilfürsorgestelle, Postfach 15 70, 26585 Aurich | |
| Name (ggf. Geburtsname), Vorname der Patientin oder des Patienten | geboren am |
| Anschrift | |
| Die vorbezeichnete Person | |
| <input type="checkbox"/> steht in meiner ärztlichen Behandlung und wurde untersucht | am |

| |
|---|
| Anamnese |
| |
| |
| |
| |
| Als Befunde aus den letzten 12 Monaten, die die folgende Diagnose stützen, sind gegen Rückgabe beigefügt (z. B. Röntgenbefunde, EKG, Blutbild, Facharztbefunde) |
| |

| |
|------------------|
| Diagnosen |
| |
| |
| |

| |
|--|
| Bisherige Behandlungen (Dauer, Art und Erfolge, ambulant, stationär; falls bereits Rehabilitationsverfahren durchgeführt wurden, sind die Entlassungsberichte beizufügen) |
| |
| |
| |
| Nachdem die bisher eingesetzten therapeutischen Mittel am Wohnort oder in seinem Einzugsbereich keine Aussicht auf erfolgreiche Behandlung mehr bieten, wird folgende Maßnahme medizinisch für notwendig und erfolgversprechend gehalten: <input type="checkbox"/> eine Rehaklinikbehandlung stationär/teilstationär <input type="checkbox"/> eine Kur (amb. Badekur im Sozialversicherungsbereich) |

Der Bericht kann mit EBM-Ziffer 01622 abgerechnet werden.

| | |
|-------------------|---|
| Ort, Datum | Stempel, Unterschrift der Ärztin oder des Arztes |
| | |