

Verordnung von medizinischer Rehabilitation

VIII. Rehabilitationsprognose

Besteht eine positive Rehabilitationsprognose hinsichtlich der

Schädigungen

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Aktivitäten und Teilhabe

Kontextfaktoren

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Ziele aus Sicht des Patienten/Angehörigen

IX. Sonstige Angaben

A. Besondere Anforderungen an die Rehabilitationseinrichtung (z. B. besondere Therapieangebote, krankheitsbedingte klimatische Anforderungen, Barrierefreiheit für Rollstuhlfahrer, Gehbehinderte, körper-, seh-, hör- oder sprachbehinderte Menschen, Diät, fremdsprachliche Betreuungsangebote)

B. Reisefähigkeit

öffentliche Verkehrsmittel ausreichend

PKW erforderlich

Krankentransport erforderlich

C. Ist die beantragte Rehabilitationsleistung vor Ablauf der gesetzlichen Wartezeit von 4 Jahren dringend medizinisch notwendig?

Begründung

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

D. Ist zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld nötig?

<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

E. Ist im Falle einer ambulanten Rehabilitation die häusliche Versorgung gesichert?

X. Zusammenfassende Wertung

A. Empfohlene Rehabilitationsform

ambulante Rehabilitation

stationäre Rehabilitation

B. Inhaltliche Schwerpunkte

Krankengymn./physikalische Therapie, Funktionstraining.

C. Zum Erreichen des individuellen Rehabilitationsziels werden folgende Maßnahmen vorgeschlagen

Krankengymnastik, manuelle Therapie, Fango, Massage, Atemgymnastik, Lymphdrainage, KG im Schlingentisch, KG an Geräten.

D. Vorliegende Befundberichte

weil

sind beigefügt

sind nicht beigefügt

E. Rückruf erbeten unter Telefonnummer:

durch die Krankenkasse

durch den MDK

F. Besondere Hinweise

Datum

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Original für die Krankenkasse

Muster 61 Teil D,a (7/2004)