


Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

zur ambulanten Rehabilitation / EAP
(Erweiterte ambulante Physiotherapie)
für Privatversicherte u. beihilfeberechtigte Patienten

Name des Versicherten/Versorgungsberechtigten	Vorname	geb. am
Ehegatte/Kind/Sonstige Angehörige	Vorname	geb. am
Straße, Nr.	PLZ, Ort	
		

ÜBERWEISENDER ARZT:Klinik:

DIAGNOSE:

THERAPIEEINSCHRÄNKUNG (INTERNISTISCH / SONSTIGE):
.....

ABSTIMMUNG MIT DEM OPERATEUR:			
OPERATION AM:		KOMMENTAR:	
.....			
<input type="checkbox"/> Übungsstabilität	<input type="checkbox"/> Teilbelastbarkeitkg	<input type="checkbox"/> Vollbelastbarkeit	
<input type="checkbox"/> Beweglichkeit (Gradanzahl in Neutralnullmethode) _____			
<u>OP-BERICHTE</u>	<input type="checkbox"/> vorhanden	<u>RÖNTGENBILDER:</u>	<input type="checkbox"/> vorhanden
	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden	(CT, NMR,...)	<input type="checkbox"/> nicht vorhanden

BISHERIGE THERAPIE: Krankengymnastik Medikamente _____
 Physikalische Therapie Med. Training _____

VORAUSSICHTLICHE DAUER: Wochen: Therapieeinheiten pro Woche:
 3 4 5 3x 4x 5x

VERLÄNGERUNG: Wochen: Therapieeinheiten pro Woche:
 1 2 3x 4x 5x

ANREGUNG SPEZIELLER MAßNAHMEN: Krankengymnastik zusätzlich (nicht in der EAP enthalten):
 Lymphdrainage Ärztliche Betreuung während der EAP durch Rehaarzt
 Med. Trainingstherapie Ergotherapie
 Elektrotherapie Bewegungsbad einzeln
 Kältetherapie
 Wärme

Besonderheiten bei Therapie zu beachten: _____

Ein Fahrdienst ist aufgrund der Diagnose unbedingt erforderlich: ja nein

- Wiedervorstellung des Patienten bei mir während der Maßnahme nach ____ Therapietagen
- Wiedervorstellung des Patienten bei mir nach Beendigung der Maßnahme
- Rückruf erbeten unter Tel.-Nr.: _____

.....
(Ort, Datum)

.....
(Unterschrift Arzt, Stempel)