


**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:	<input type="radio"/> Krankengymnastik	<u>zusätzlich (nicht in der EAP enthalten):</u> <input type="radio"/> Ärztliche Betreuung während der EAP durch Rehaarzt <input type="radio"/> Ergotherapie <input type="radio"/> Bewegungsbad einzeln
	<input type="radio"/> Lymphdrainage	
	<input type="radio"/> Med. Trainingstherapie	
	<input type="radio"/> Elektrotherapie	
	<input type="radio"/> Kältetherapie	
	<input type="radio"/> 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)