

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

[Empty text box for medical diagnosis]

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

ambulante Vorsorgeleistung am Kurort

stationäre Vorsorgeleistungen

[Empty text box]

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich

Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten

Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

[Empty box for stamp and signature of the contract doctor]

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer [Empty text box]

Datum [T | T | M | M | J | J]

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

[Empty text box for medical requirements]

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

[Empty text box]

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

[Empty text box for rehabilitation provider]

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist: (Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

[Empty text box for rehabilitation provider]

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen in

[Empty text box for contact location]

Telefon-Nummer

[Empty text box for phone number]

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort [Empty text box]

Datum [T | T | M | M | J | J]

Verbindliches Muster
Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Beide Blätter an die Krankenkasse Original danach zurück an den Vertragsarzt

Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

ambulante Vorsorgeleistung am Kurort

stationäre Vorsorgeleistungen

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten

Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter

Telefon-Nummer

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen
in _____ Telefon-Nummer _____

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort

Datum

T	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

Verbindliches Muster

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Durchschlag zum Verbleib bei der Krankenkasse