

**Medizinische Begründung des Antrags**

(vom Arzt auszufüllen)

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Von wem geht der Antrag auf das Heilverfahren aus?  vom Patienten  vom Arzt

Datum der letzten Befunderhebung: \_\_\_\_\_

Antragsbegründende Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Relevante Krankheitsvorgeschichte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Bisher durchgeführte Therapie (Medikamente – physikalische Therapie – Psychotherapie, bitte auch zeitliche Angaben):

\_\_\_\_\_

Was soll durch die Reha-Maßnahme erreicht werden (Rehabilitationsziel)?  
Welche konkreten Verbesserungen sollen erreicht werden?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Sind diese Verbesserungen durch:

ambulante Maßnahmen am Wohnort ja nein

ambulante Maßnahmen an einem Kurort ja nein

Mutter-/ Vater-/ Kind-Kur ja nein

stationäre Rehabilitationsmaßnahme/ Sanatoriumsbehandlung ja nein

erreichbar?

Falls eine Sanatoriumsbehandlung/ ein stationäres Reha-Verfahren für notwendig erachtet wird, welche besonderen Heilmaßnahmen (mit Mitteln physikalischer, diätetischer Therapie und dergleichen) sollten dort durchgeführt werden können?

---

---

Welchen Ort und welche Einrichtung schlagen Sie für die geplante Maßnahme vor?

---

Wann soll die geplante Maßnahme angetreten werden?

---

Besteht ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für die vorgesehene Maßnahme?

ja nein

---

Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes