

ANTRAG

auf stationäre Rehabilitation nach § 40 Abs. 2 SGB V

Zur Vorlage bei der zuständigen Krankenkasse bzw. MDK

Ausgefülltes Antragsformular bitte direkt der Krankenkasse zusenden

OK	LKK	BKK	IKK	VdAK	AEV	Knappschaft
Name, Vorname des Versicherten geb. am						
Versicherten-Nr.		Status				
reg. Arzt-Nr.		VK gültig bis		Datum		
Station	Ambulanz	Untersuchungs Datum				

Alle Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft, ohne gebesserte
Behandlung erforderlich

- als stationäre Rehabilitationskur (bei Krankheit oder Krankheitsfolgen)
- zur Beseitigung oder Besserung einer krankheitsbedingten Behinderung
- zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung
- zur Vermeidung einer drohenden Pflegebedürftigkeit
- als stationäre Vorsorgekur (bei Gesundheitsgefährdung)

Ist eine ambulante Kur/ Kompaktkur ausreichend	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein	Liegt Reha- und Reisefähigkeit vor ?	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein
---	--	--------------------------------------	--

Aufgrund des derzeitigen Gesundheitszustandes ist eine Kur vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren dringend notwendig.	<input type="checkbox"/> ja (bitte ausführliche med. Begründung) <input type="checkbox"/> nein
--	---

Diagnosen/ Indikationen, die den Kurantrag begründen:		
<input type="checkbox"/> Diabetes o instabile Stoffwechsellage o diabetischer Fuß o diabetische Nephropathie o psychosoziale Probleme o Multimorbidität o _____	LWS-Syndrom HWS-Syndrom Coxarthrose <input type="checkbox"/> Gonarthrose <input type="checkbox"/> Osteoporose <input type="checkbox"/> Z.n. Endoprothese <input type="checkbox"/> _____	Adipositas arterielle Hypertonie koronare Herzkrankheit <input type="checkbox"/> Herzinsuffizienz <input type="checkbox"/> chronische Niereninsuffizienz <input type="checkbox"/> psychoveg. Erschöpfung <input type="checkbox"/> _____

Behandlungsmaßnahme in den letzten 12 Monaten (Medikamente, Physiotherapie, Psychotherapie usw.):
Rehabilitationsziel:

Liegen Risikofaktoren vor ?	Größe _____ cm
<input type="checkbox"/> Rauchen <input type="checkbox"/> Bewegungsmangel <input type="checkbox"/> Stress <input type="checkbox"/> Ernährung	Gewicht _____ kg
<input type="checkbox"/> Sonstiges _____	

<input type="checkbox"/> Behindertengerechte Zimmer- ausstattung erforderlich	Sind besondere Maßnahmen zur Selbsthilfe erforderlich (z.B. Diabetikerschulung)	<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja _____
--	--	--

Vorgeschlagene Einrichtung:

Klinik Hohenfreudenstadt
Zentrum für Prävention & Rehabilitation
Tripsenweg 17

72250 Freudenstadt

IK-Zeichen 260 821 387
Tel.: 07441/534-0, Fax: 07441/534-666
info@klinik-hohenfreudenstadt.de
www.klinik-hohenfreudenstadt.de

Dauer der
Rehamaßnahme:

_____ Wochen

Vertragsarztstempel/ Unterschrift des Arztes

Ort, Datum