

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

## Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung

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

ÜBERWEISENDER ARZT: .....Klinik: .....

DIAGNOSE: .....  
.....

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

**ABSTIMMUNG MIT DEM OPERATEUR:**

OPERATION AM: ..... KOMMENTAR: .....

.....

Übungsstabilität     
  Teilbelastbarkeit .....kg     
  Vollbelastbarkeit

Beweglichkeit (Gradanzahl in Neutralnullmethode) \_\_\_\_\_

OP-BERICHTE     
  vorhanden     
 RÖNTGENBILDER:     
  vorhanden  
 nicht vorhanden     
 (CT, NMR,...)     
 nicht vorhanden

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
- Lymphdrainage
- Med. Trainingstherapie
- Elektrotherapie
- Kältetherapie
- Wärme

zusätzlich (nicht in der EAP enthalten):

- Ärztliche Betreuung während der EAP durch Rehaarzt
- Ergotherapie
- Bewegungsbad einzeln

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)