Rehazentrum Wöhrderwiese
Therapie • Reha • Nachsorge
Teil der rehaneo-Gruppe

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 □ nicht vorhanden

RÖNTGENBILDER: (CT, NMR,…) □ vorhanden □ nicht vorhanden

VORAUSSICHTLICHE DAUER: Wochen: ○ 3 ○ 4 ○ 5 Therapieeinheiten pro Woche: ○ 3x ○ 4x ○ 5x

VERLÄNGERUNG: Wochen: ○ 1 ○ 2 Therapieeinheiten pro Woche: ○ 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

Bitte beachten Sie: Im Rahmen der EAP bietet das Rehazentrum Wöhrderwiese keinen Fahrdienst an.

- ○ 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)

Rehazentrum Wöhrderwiese
Therapie • Reha • Nachsorge
Teil der rehaneo-Gruppe

Rehazentrum Wöhrderwiese GmbH | Hadermühle 8 | 90402 Nürnberg
Tel.: 0911 230922 -83 | Fax: -29 | eap@rehazentrum-ww.de
www.rehazentrum-ww.de