

Antrag auf Erstuntersuchung
durch den Mobilen RehabilitationsDienst Woltersdorf
Schleusenstraße 50, 15569 Woltersdorf, Tel. 03362/779-526, Fax 03362/779-526

Hinweis für die Krankenkasse:
Muster 61 nicht versenden!!!

Adresse Krankenkasse

Patientenstammdaten

Hiermit wird beantragt, den Mobilen Rehabilitationsdienst Woltersdorf mit der Untersuchung des o.g. Patienten zu beauftragen, um die Indikation für eine Maßnahme der Mobilen Rehabilitation zu prüfen, ggf. einen Antrag auf eine Rehabilitationsmaßnahme zu stellen und einen umfassenden Bericht zu Rehabilitationsbedarf, Rehabilitationsfähigkeit, Rehabilitationsprognose und Behandlungs- bzw. Rehabilitationsbedarf zu erstellen.

Diagnosen (ICD 10):

Funktionelle Beeinträchtigungen:

Beeinträchtigungen der Aktivitäten/Teilhabe:

Notwendige Behandlungselemente (bitte ankreuzen)

Physiotherapie Ergotherapie Logopädie

Rehabilitationspflege Sozial-/ Wohnraumberatung

andere: _____

Ziel der Rehamaßnahme:

Begründung für Mobile Rehabilitation:

Datum
Unterschrift Vertragsarzt und Stempel

Datum
**Genehmigung durch
die Krankenkasse**