

Name, Vorname des Versicherten

Kostenträgerkennung

Versicherten-Nr.

IV. Rehabilitationsziele

A. Rehabilitationsziele in Bezug auf die oben genannten Schädigungen und Beeinträchtigungen

B. Rehabilitationsziele aus Sicht der Patientin / des Patienten, sofern ABWEICHEND von den zuvor genannten

V. Rehabilitationsprognose

Unter Berücksichtigung des bisherigen Verlaufs und der individuell vorhandenen bzw. förderungsfähigen Ressourcen besteht eine **positive Prognose** für die unter IV. A. und IV. B. benannten Rehabilitationsziele

ja eingeschränkt, hinsichtlich (z. B. Erreichbarkeit
in der vorgesehenen Zeit, aktueller Motivationslage) _____

VI. Zuweisungsempfehlungen

A. Empfohlene Rehabilitationsform

<input type="checkbox"/> ambulant	<input type="checkbox"/> ambulant-mobil	<input type="checkbox"/> stationär	
<input type="checkbox"/> Mütter-Leistung	<input type="checkbox"/> Väter-Leistung	<input type="checkbox"/> als Mutter-Kind-Leistung	<input type="checkbox"/> als Vater-Kind-Leistung

B. Inhaltliche Schwerpunkte/Indikationen (z.B. orthopädisch, kardiologisch, geriatrisch, Kinder-Jugend)

geriatr. Rehabilitation

C. Weitere Bemerkungen/Begründungen (u. a. Anforderungen an die Einrichtung z. B. Barrierefreiheit auch für Körper-, Seh-, Hör- oder sprachbehinderte Menschen, klimatische Anforderungen, Allergiefaktoren, besondere Kostformen, fremdsprachliche Betreuung, besondere Therapieformen)

pflegende/r
Angehörige/r andere _____

VII. Sonstige Angaben

Die beantragte Leistung ist vor Ablauf der gesetzlichen Wartefrist von 4 Jahren medizinisch notwendig aufgrund

neuer Indikation Verschlimmerung bei gleicher Indikation

Die zeitweise Entlastung und Distanzierung vom sozialen Umfeld ist nötig

Im Falle einer ambulanten Rehabilitation ist die häusliche Versorgung gesichert

Reisefähigkeit

öffentliche
Verkehrsmittel PKW erforderlich Begleitperson erforderlich

Versorgung der/des Pflegebedürftigen während der stationären Rehabilitation der/des pflegenden Angehörigen

Mitaufnahme der/des Pflegebedürftigen in derselben Einrichtung gewünscht
(sofern medizinische Gründe dagegen sprechen, sind diese unter Sonstiges anzugeben)

Koordination der Versorgung der/des Pflegebedürftigen in einer anderen Einrichtung
durch Krankenkasse/Pflegekasse gewünscht

Sonstiges (z. B. besondere Hinweise zur Reisefähigkeit, Schwangerschaft) / Rückruf erbeten unter
