

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

ambulant       ambulant-mobil       stationär  
 Mütter-Leistung       Väter-Leistung       als Mutter-Kind-Leistung       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

---



---