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

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

BISHERIGE THERAPIE: □ Krankengymnastik □ Medikamente □ _____
□ Physikalische Therapie □ Med. Training □ _____

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

○ 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)