

Anschrift des Kostenträgers:

Absender:

Nachricht an:

Neurologisches Rehabilitationszentrum
 Rotdornallee 60, 28717
 Ltd. Arzt Dr. René Kakos

Patientenanmeldung:

Telefon: 0421 277437-510
 Telefax: 0421 277437-519

Rehabilitations-Diagnostik

Telefon:
 E-Mail:

Kostenübernahmeantrag

- zur Frührehabilitation
- zur stationären neurologischen Rehabilitationsbehandlung
- zur teilstationären neurologischen Rehabilitationsbehandlung
- zur Rehabilitationsdiagnostik

im Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst

Name _____	geb. _____
Straße _____	PLZ _____ Ort _____
Hauptversicherte/r _____	Kostenträger _____

Diagnosen (siehe beiliegenden Bericht)

Anamnese (siehe beiliegenden Bericht)

Befund:

Mobilität <input type="checkbox"/> voll bettlägerig <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer/in <input type="checkbox"/> gehfähig mit Hilfe <input type="checkbox"/> Paresen <input type="checkbox"/> Ataxie <input type="checkbox"/> Apraxie <input type="checkbox"/> instabile Frakturen <input type="checkbox"/> gehfähig	Hilfe im Alltag <input type="checkbox"/> Hilfe b. Essen <input type="checkbox"/> vollständig gefüttert <input type="checkbox"/> Hilfe b. Anziehen <input type="checkbox"/> Hilfe b. Waschen <input type="checkbox"/> Hilfe auf der Toilette <input type="checkbox"/> inkontinent <input type="checkbox"/> Hilfe bei räumlicher Orientierung <input type="checkbox"/> selbstständig	Vigilanz <input type="checkbox"/> apallisch <input type="checkbox"/> vegetativ instabil <input type="checkbox"/> Augenöffnen b. Reiz <input type="checkbox"/> fixiert <input type="checkbox"/> Aspirationsgefahr <input type="checkbox"/> Schluckstörung Katheterversorgung <input type="checkbox"/> Tracheostoma <input type="checkbox"/> Dauerkatheter <input type="checkbox"/> Magensonde/PEG <input type="checkbox"/> ZVK	neuropsychologische Situation <input type="checkbox"/> verlangsamt <input type="checkbox"/> desorientiert <input type="checkbox"/> Sprachstörung <input type="checkbox"/> Gedächtnisstörung <input type="checkbox"/> depressiv <input type="checkbox"/> aggressiv <input type="checkbox"/> selbstgefährdend <input type="checkbox"/> Weglauftendenz <input type="checkbox"/> Schulschwierigkeiten <input type="checkbox"/> Teilleistungsstörung <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten
---	---	--	--

Patient/in:

Geburtsdatum:

Besonderheiten der ärztlichen Versorgung (siehe beiliegenden Bericht)
(Vegetative Krisen, Anfälle, Endokrinologisches, Medikamente usw.)

Schule/Ausbildung/Beruf:

Antragsbegründung

- akute Erkrankung chronische Erkrankung Wiederaufnahme Gutachten Reha-Überprüfung

Rehabilitationsziel

Notwendige Therapien (bitte ankreuzen)

- neurologische und neuropsychologische Diagnostik und Behandlung psychosoziales Training
 Krankengymnastik Logopädie Ergotherapie Neuropädagogik Arbeitstherapie

Beantragte Maßnahme

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Frührehabilitation (Phase B) | <input type="checkbox"/> Arbeitstraining (Phase D) |
| <input type="checkbox"/> Frühmobilisation (Phase C) | <input type="checkbox"/> Belastungserprobung (Phase D) |
| <input type="checkbox"/> Heilverfahren (Phase D) | <input type="checkbox"/> Rehabilitationsdiagnostik (Phase D) |
| <input type="checkbox"/> AHB | |

Kostenübernahmeantrag für Phase B / C / D gestellt am: _____

Telefonische Rückfragen an:

Telefonnummer:

Datum

Unterschrift