

**Anschrift des Kostenträgers:**

**Absender:**

**Nachrichtlich an:**

Neurologisches Rehabilitationszentrum  
Rotdornallee 64, 28717 Bremen  
Ltd. Arzt Dr. René Kakos

**Patientenanmeldung**

Telefon: 0421/6381-510  
Telefax: 0421/6381-580

**Rehabilitations-Diagnostik**

Telefon: 0421/6381-543  
E-Mail: nrz@friedehorst.de

## **KOSTENÜBERNAHMEANTRAG**

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

im Neurologischen Rehabilitationszentrum Friedehorst

Name _____	geb _____
Straße _____	PLZ _____ Ort _____
Hauptversicherter _____	Kostenträger _____

Diagnosen (siehe beiliegenden Bericht)

Anamnese..(siehe beiliegenden Bericht)

**Befund:**

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

Patient:

\_\_\_\_\_

Geb.-Datum:

**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**

Frührehabilitation (Phase B)     Arbeitstraining (Phase D)  
 Frühmobilisation (Phase C)     Belastungserprobung (Phase D)  
 Heilverfahren (Phase D)     Rehabilitationsdiagnostik (Phase D)  
 AHB

**Kostenübernahmeantrag für Phase  B /  C /  D gestellt am:.....**

Telefonische Rückfragen an : \_\_\_\_\_ .  
Tel.Nr.

Datum:

\_\_\_\_\_

-----  
Unterschrift