

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:

Mobilität	Hilfe im Alltag	Vigilanz	neuropsychologische Situation
<input type="checkbox"/> voll bettlägerig <input type="checkbox"/> Rollstuhlfahrer <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	<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"/> selbständig	<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	<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"/> Teilleistungsstörungen <input type="checkbox"/> Verhaltensauffälligkeiten

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