

Ärztliche Bescheinigung zur beantragten Reha-Maßnahme zur Vorlage beim Amts-/Vertrauensarzt

<input type="checkbox"/> stationäre Reha	<input type="checkbox"/> ambulante Reha	<input type="checkbox"/> Mu-Ki-/Va-Ki-Reha
Name	Vorname(n)	Geburtsdatum
Anschrift		
Art der beruflichen Tätigkeit / Amtsbezeichnung		
Krank geschrieben ggf. seit wegen		
<input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/> ja		

Diagnosen (in der Reihenfolge ihrer aktuellen Bedeutung – möglichst als Funktionsdiagnose)
1.
2.
3.
4.
5.
Sonstige:

Krankheitsvorgeschichte	
Bisheriger Verlauf:	
Derzeitige Funktionseinschränkungen:	
Risikofaktoren / Gefährdung durch <input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Drogen <input type="checkbox"/> Nikotin <input type="checkbox"/> sonstige maßgebliche Belastungsfaktoren:	Derzeitige Medikamente:

Zuletzt ambulant durchgeführte Behandlungsmaßnahmen				
	Von - bis	Anzahl	Erfolg	Im Rahmen der Rehabilitation vordringlich empfohlen
<input type="checkbox"/> Krankengymnastik			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Bewegungs-/Sporttherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Rückenschule			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Schmerztherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Gefäßtraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Inhalationen			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Atemgymnastik			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ernährungsberatung / Diätschulung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Diabetikerschulung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entwöhnungsbehandlung			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Nichtrauchertraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Entspannungstherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Psychotherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Hirnleistungstraining			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Logopädie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ergotherapie			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Sonstige Maßnahmen, ggf. welche: _____ _____ _____			ja <input type="checkbox"/> nein <input type="checkbox"/>	ja <input type="checkbox"/>

Gründe für eine unzureichende Wirksamkeit der bisherigen ambulanten Maßnahmen

Konkrete Indikationen für die beantragte Reha-Maßnahme

Empfohlene Einrichtung bzw. Kurort

_____ Datum

Unterschrift der behandelnden Ärztin/des behandelnden Arztes

Stempel