



**Medizinische Begründung des Reha-Antrags**

(vom Arzt auszufüllen)

**Patient:**

Name: \_\_\_\_\_ Geb. Datum: \_\_\_\_\_

Von wem geht der Antrag auf das Heilverfahren aus?  vom Patienten  vom Arzt

Datum der letzten Befunderhebung: \_\_\_\_\_

Antragsbegründende Diagnosen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Relevante Krankheitsvorgeschichte: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Jetzige Beschwerden und Funktionseinschränkungen: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bisher durchgeführte Therapie (Medikamente – Physikalische Therapie – Psychotherapie, bitte auch zeitliche Angaben):

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Was soll durch die Rehamaßnahme erreicht werden (Rehabilitationsziel)  
Welche konkreten Verbesserungen sollen erreicht werden?

---

---

---

Sind diese Verbesserungen durch:

ambulante Maßnahmen am Wohnort  ja  nein

ambulante Maßnahmen an einem Kurort  ja  nein

Mutter-/ Vater- Kind-Kur  ja  nein

stationäre Rehabilitationsmaßnahme/Sanatoriumsbehandlung  ja  nein  
erreichbar?

Falls eine Sanatoriumsbehandlung/ ein stationäres Rehaverfahren für notwendig erachtet wird, welche besonderen Heilmaßnahmen (mit Mitteln physikalischer, diätetischer Therapie und dergleichen) sollten dort durchgeführt werden können?

---

---

Welchen Ort und welche Einrichtung schlagen Sie für die geplante Maßnahme vor?

---

Besteht ausreichende physische und psychische Belastbarkeit für die vorgesehene Maßnahme?

ja  nein

\_\_\_\_\_  
Datum, Unterschrift und Stempel des Arztes