

# Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

ambulante Vorsorgeleistung am Kurort

stationäre Vorsorgeleistungen

\_\_\_\_\_

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich  
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten

Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

**Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter**  
Telefon-Nummer

\_\_\_\_\_

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

## Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

\_\_\_\_\_

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:  
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:  
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

\_\_\_\_\_

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen  
in

Telefon-Nummer

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort

\_\_\_\_\_

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Beide Blätter an die Krankenkasse Original danach zurück an den Vertragsarzt

# Einleitung von Leistungen zur Rehabilitation oder alternativen Angeboten

Für nebenstehend genannte(n) Versicherte(n) wurde(n) folgende(s) Gesundheitsproblem / Diagnose(n) festgestellt

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Die kurative Versorgung hat nicht den gewünschten Erfolg

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Vertragsarzt-Nr.	VK gültig bis	Datum

Beratung über Angebote alternativ zur Rehabilitation erwünscht

ambulante Vorsorgeleistung am Kurort

stationäre Vorsorgeleistungen

\_\_\_\_\_

Eine medizinische Rehabilitationsleistung erscheint aussichtsreich  
Leistungen der medizinischen Vorsorge haben voraussichtlich nicht den gewünschten Erfolg

Eine Einschränkung der Teilhabe am Leben in der Gesellschaft droht oder ist bereits gegeben

Eine Minderung der Erwerbsfähigkeit liegt vor oder ist zu befürchten

Die Erkrankung ist Folge eines Arbeitsunfalles oder einer Berufskrankheit

**Rückruf durch die Krankenkasse erbeten unter**  
Telefon-Nummer \_\_\_\_\_

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift des Vertragsarztes

## Urschriftlich zurück an den Vertragsarzt

Verordnungsvordruck der Krankenkasse liegt bei. Bitte Indikation für die Verordnung von Rehabilitation prüfen

Bitte prüfen Sie, ob den medizinischen Erfordernissen für oben genannte(n) Versicherte(n) auch folgende Leistungen gerecht werden: (Der Verordnungsvordruck liegt bei)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Eine Leistung der Krankenkasse kommt nicht in Betracht, weil

\_\_\_\_\_

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:  
(Der Antragsvordruck liegt bei. Bitte entsprechend der für diesen Rehabilitationsträger geltenden Regelungen den Antrag stellen)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

der folgende Rehabilitationsträger zuständig ist:  
(Der entsprechende Antragsvordruck liegt der Krankenkasse nicht vor)

Kontaktaufnahme des Versicherten mit der Servicestelle empfohlen  
in \_\_\_\_\_ Telefon-Nummer \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Der zuständige Träger ist bereits unterrichtet

Ort \_\_\_\_\_

Datum

TTMMJJ

Stempel und Unterschrift der Krankenkasse

Durchschlag zum Verbleib bei der Krankenkasse